



Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliveira

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário José Bruckheimer

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Akadenilques de Oliveira Martins Souza Kudla

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Anna Paula Pinheiro

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

ELABORAÇÃO

Andreia Dahlke – Assistente Social

Bruno Coldibeli Germiniani – Fisioterapeuta

Carla Bartuscheck – Médica Pneumologista

Carla Roberta Utech Alves – Fisioterapeuta

Heloísa Maria de Oliveira Torrens – Enfermeira

Karina Viana Pereira – Psicóloga

Lorena Côrtes Santello Boettcher – Médica Pneumologista

Márcia Regina Irber Kertscher – Fisioterapeuta

COLABORAÇÃO

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Leila Regina Pereira – Assistente Social

Maria Julia Alves Coimbra Krein – Médica Pneumologista

Simone Afra de Farias – Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Vivianne Samara Conzatti – Psicóloga, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

LISTAS DE FIGURAS

Figura 01 – Cilindro de oxigênio (O ₂)	11
Figura 02 – Concentrador de oxigênio (O ₂)	12
Figura 03 – Cilindro de oxigênio (O ₂) portátil e mochila de oxigênio (O ₂) portátil	12
Figura 04 – Fluxograma para admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	19
Figura 05 – Aparelho de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)	21
Figura 06 – Fluxograma para admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva	28

LISTAS DE QUADROS

Quadro 01 – Classificação de prioridade e critérios de regulação	09
Quadro 02 – Classificação de prioridade e critérios de regulação para acesso ao CPAP e BiPAP simples	09

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHI: *Apnea-hypopnea Index* (Número de Apneias por Minuto)

AVDs: Atividades da Vida Diária

BiPAP: *BI-level Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis)

CPAP: *Contiunous Positive Airway Pressure* (Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas)

CPF: Cadastro de Pessoa Física

CRIE: Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais

CVF: Capacidade Vital Forçada

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

GAS: Guia de Autorização de Serviço

OPD: Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar

O₂: Oxigênio

P1: Prioridade 1

P2: Prioridade 2

P3: Prioridade 3

PaCO₂: Pressão Parcial de Gás Carbônico no Sangue

PaO₂: Pressão Parcial de Oxigênio no Sangue

RG: Registro Geral

SatO₂: Saturação de Oxigênio

SAOS: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SES.GAB/SES.UAP: Secretaria de Saúde-Gabinete / Secretaria de Saúde-Unidade de Acompanhamento de Processos NAT JUS

SES/SC: Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

SES/Joinville: Secretaria da Saúde/Joinville

SIAVO: Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia

SIG: Sistema Integrado de Gestão

SEI: Sistema Eletrônico de Informações

SOVD – SES/SC: Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar – Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

SUS: Serviço Único de Saúde

TRM: Trauma Raquimedular

UBS: Unidade Básica de Saúde

VD: Visita Domiciliar

VEF1: Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo

VNI: Ventilação Não Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE E CRITÉRIOS DE REGULAÇÃO	09
2.1 Classificação de Prioridade e Critérios de Regulação de Acesso ao SIAVO	09
Protocolo de Acesso ao Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	10
3 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (OPD)	11
3.1 Definição de Oxigenoterapia	11
3.2 Objetivos da Oxigenoterapia	13
3.3 População Elegível para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	13
4 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA	14
4.1 Documentação Exigida para o Processo de Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	14
4.2 Critérios Clínicos para Indicação do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	14
4.3 Critérios Sociais para Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	15
4.4 Monitoramento do Usuário Admitido no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	16
4.5 Renovação do Processo de Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	16
4.6 Critérios de Exclusão para o Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	16
4.7 Critérios de Alta do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada	17
5 CRITÉRIOS PARA A NÃO ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA	18
6 FLUXOGRAMA PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA	19
Protocolo de Acesso ao Serviço de Ventilação não Invasiva	20
7 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)	21
7.1 Definição de Ventilação não Invasiva	21
7.2 Objetivos da Ventilação não Invasiva	22
7.3 População Elegível para Ventilação não Invasiva	22
8 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	23
8.1 Documentação Exigida para o Processo de Admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva	23
8.2 Critérios Clínicos para Indicação do Serviço de Ventilação não Invasiva	23
8.3 Critérios Clínicos para Indicação de Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP)	23
8.4 Critérios Clínicos para Indicação de Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis (BiPAP)	24
8.4.1 Doenças Neuromusculares e Doenças Torácicas Restritivas	24
8.4.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Severo	24
8.4.3 Hipoventilação Noturna	25
8.5 Critérios Sociais para Admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva	25
8.6 Monitoramento do Usuário Admitido no Serviço de Ventilação não Invasiva	25

8.7 Renovação do Processo de Admissão para o Serviço de Ventilação não Invasiva	25
8.8 Critérios de Exclusão para o Serviço de Ventilação não Invasiva	26
8.9 Critérios de Alta do Serviço de Ventilação não Invasiva	26
9 CRITÉRIOS PARA A NÃO ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	27
10 FLUXOGRAMA PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	28
11 TERAPIA COMBINADA DE OXIGENOTERAPIA PROLONGADA DOMICILIAR (OPD) E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)	29
11.1 Atribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SES)	29
11.2 Atribuições da Empresa Contratada para os Serviços de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) e Ventilação não Invasiva (VNI)	29
11.3 Atribuições da Secretaria da Saúde de Joinville (SES/Joinville)	30
11.4 Atribuições do Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO) ...	30
11.5 Atribuições da Equipe Técnica do SIAVO	31
11.6 Atribuições do Médico Supervisor do SIAVO	31
11.7 Atribuições do Fisioterapeuta do SIAVO	31
11.8 Atribuições do Assistente Social do SIAVO	32
11.9 Atribuições do Psicólogo do SIAVO	33
11.10 Atribuições do Enfermeiro do SIAVO	34
11.11 Atribuições do Médico Assistente	34
11.12 Atribuições do Usuário/Cuidador/Responsável	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE 01 – Termo de Responsabilidade para cedência do Equipamento de Oxigênio	38
APÊNDICE 02 – Termo de Responsabilidade para cedência do Concentrador Portátil	40
APÊNDICE 03 – Termo de Responsabilidade para cedência dos equipamentos BiPAP ou CPAP	41
ANEXO 01 – Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar	42
ANEXO 02 – Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar	43
ANEXO 03 – Relatório de Visita Domiciliar Mensal (ESF)	44
ANEXO 04 – Fluxograma de Acesso à Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina	45

1 INTRODUÇÃO

A Secretaria da Saúde de Joinville vem, por meio deste documento, orientar sobre o acesso ao Serviço Integrado de Assistência Ventilatória (SIAVO) que servirá como orientador para promover a integralidade, visando criar a cultura de que o acesso é determinado por necessidades reais identificados, guiar as ações dos médicos assistentes e nortear os profissionais de saúde nos distintos modelos de atenção do Município.

Este Protocolo segue os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) descritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; na Portaria SCTIE/MS nº 29, de 25 de setembro de 2012, que torna pública a decisão de incorporar a Oxigenoterapia Domiciliar no SUS; na Portaria GM/MS nº 1.370, de 03 de julho de 2008, que institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares; na Portaria GM/MS nº 370, de 04 de julho de 2008, que estabelece que os municípios em Gestão Plena do Sistema adotem as providências necessárias à organização e implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares; na Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que regulamenta a utilização do CPAP na Atenção Domiciliar; no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, no Art. 8º prevê que o acesso aos serviços de saúde se inicia pela Portas de Entrada do SUS.

A Oxigenoterapia é um dos principais tratamentos não farmacológicos para usuários com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) grave. Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) tem efeitos benéficos no estado hemodinâmico, características hematológicas, capacidade de exercício, mecânico pulmonar e estado mental (WU, WW. *et al*, 2014).

A Ventilação Não Invasiva (VNI) é um suporte ventilatório aplicada às vias aéreas superiores durante o sono e é considerada a forma mais eficiente de tratamento para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A SAOS é distúrbio muito encontrado na população e suas consequências envolvem sonolência excessiva, risco de acidentes de trabalho e de trânsito, além de déficits cognitivos e doenças cardiovasculares (SILVA, G.A; PACHITO, D.V, 2006).

A Secretaria da Saúde de Joinville através do Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO) visa garantir o acesso gratuito ao fornecimento domiciliar de Oxigênio e equipamentos de CPAP e BiPAP, aos usuários que preenchem os critérios de inclusão e estão em acompanhamento ambulatorial especializado de suas respectivas patologias.

Os objetivos do acompanhamento ambulatorial e o fornecimento dos equipamentos são: melhorar a qualidade de vida, aumentar a sobrevida dos usuários, reduzir o número de hospitalizações, facilitar alta hospitalar, reduzir as complicações decorrentes das exacerbações agudas da doença, reduzir morbimortalidade. Os usuários que recebem o equipamento são supervisionados por uma equipe interdisciplinar do SIAVO composta por: médico pneumologista,

assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e enfermeiro.

O Município de Joinville tem gestão plena para Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar e Ventilação não Invasiva Domiciliar, e seus critérios de atendimentos são baseados nas Diretrizes para Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, com a qual mantém parceria, conforme demonstrado no Fluxograma de Acesso à Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (anexo 04).

2 CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE E CRITÉRIOS DE REGULAÇÃO

A classificação de prioridade e critérios de regulação segue as orientações da Portaria SEI – SES.GAB/SES.UAP nº 132/2019/SMS que regulamenta a gestão das filas de espera de consultas especializadas, exames, cirurgias e demais procedimentos, bem como o funcionamento da Central Macrorregional de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde em Joinville.

Quadro 01 – Classificação de prioridade e critérios de regulação

Classificação	Descrição
Prioridade 1 (P1)	<ul style="list-style-type: none">• Aplicada aos casos definidos como urgentes por se tratarem de encaminhamentos que devem ser atendidos com o menor tempo de espera possível, sob o risco de agravamento clínico do caso;
Prioridade 2 (P2)	<ul style="list-style-type: none">• Aplicada aos casos definidos como de prioridade por se tratarem de encaminhamentos que necessitam menor tempo de espera, porém não foram classificados como urgentes;
Prioridade 3 (P3)	<ul style="list-style-type: none">• Aplicada a todos os casos cujo procedimento seja de rotina, ou seja, atendidos por ordem cronológica de entrada na fila de espera.

Fonte: SES/Joinville, 2019

2.1 Classificação de Prioridade e Critérios de Regulação de Acesso ao SIAVO

Os usuários que necessitem oxigenoterapia prolongada domiciliar e uso de BiPAP complexo terão a imediata liberação dos aparelhos solicitados de acordo com a classificação de prioridade e critérios de regulação.

Os usuários que necessitem de CPAP e BiPAP simples serão inseridos no Sistema Integrado de Gestão (SIG – SaúdeTech), regulação *online*, para a garantia ao acesso regulado ao SIAVO seguindo classificação de prioridade e critérios de regulação, conforme abaixo:

Quadro 02 – Classificação de prioridade e critérios de regulação para acesso ao CPAP e BiPAP simples

Classificação	Descrição
Prioridade 1 (P1)	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com comorbidades associadas e descompensadas;• Usuários pediátricos.
Prioridade 2 (P2)	<ul style="list-style-type: none">• Usuários com comorbidades associadas e compensadas.
Prioridade 3 (P3)	<ul style="list-style-type: none">• Usuários que não possuem características para classificação de prioridade em P1 ou P2.

Fonte: SIAVO/Joinville, 2020



Protocolo de Acesso ao Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

3 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

3.1 Definição de Oxigenoterapia

A **Oxigenoterapia** consiste num tratamento das doenças que causam hipoxemia severa. A pressão parcial do oxigênio (O_2) no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado através de equipamentos, ou cilindros de oxigênio (O_2) (Figura 01) ou concentradores de oxigênio (O_2) (Figura 02). Existe também um equipamento de oxigênio portátil usado para transporte dos usuários em caso de necessidade (Figura 3). A Oxigenoterapia é uma terapêutica eficaz para usuários com insuficiência respiratória. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (OPD) é definida como o uso do oxigênio (O_2) suplementar por pelo menos 15 horas por dia em usuários com hipoxemia crônica (VIEGAS, C.A.A. et al 2000; WU, WW. et al, 2014).

Figura 01 – Cilindro de oxigênio (O_2)

CILINDRO

Reservatório de oxigênio gasoso.

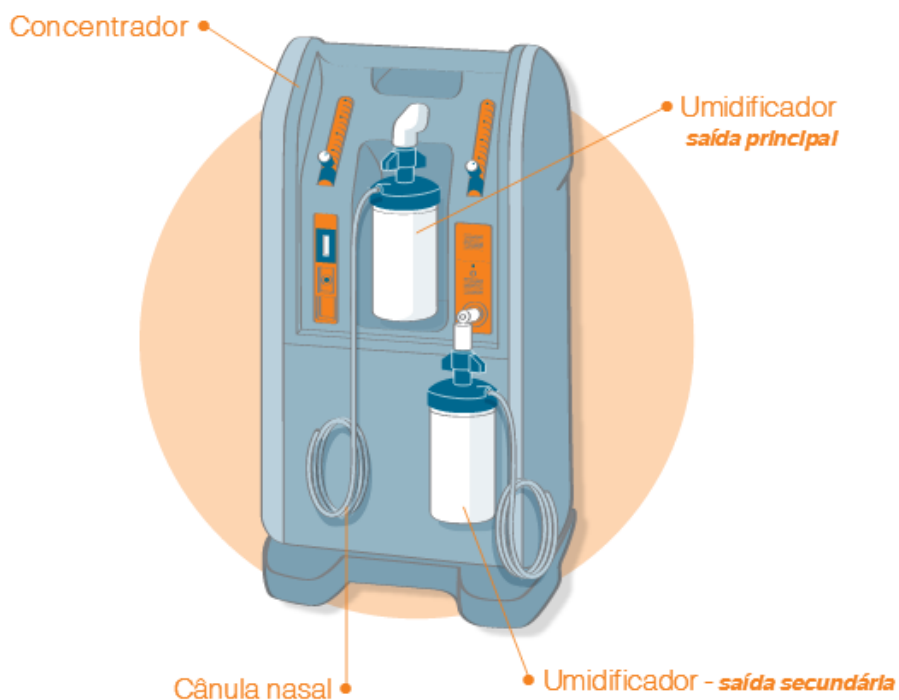


Fonte: Manual de utilização de O_2 – VitalAir®

Figura 02 – Concentrador de oxigênio (O₂)

CONCENTRADOR ESTACIONÁRIO

Capta o ar ambiente e concentra o oxigênio para que seja entregue ao usuário em quantidades maiores que a encontrada no ar ambiente. Usa energia elétrica para funcionar.



Fonte: Manual de utilização de O₂ – VitalAir®

Figura 03 – Cilindro de oxigênio (O₂) portátil e mochila de oxigênio (O₂) portátil



Fonte: Manual de utilização de O₂ – VitalAir®

3.2 Objetivos da Oxigenoterapia

- Manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia (baixa concentração de oxigênio no sangue);
- Reduzir a hipertensão arterial pulmonar;
- Aumentar a tolerância de esforço;
- Reverter a poliglobulia;
- Melhorar função cardíaca ventricular;
- Reduzir as arritmias cardíacas e dispneia;
- Melhorar a capacidade de realizar Atividades da Vida Diária (AVDs);
- Reduzir o número de hospitalizações.

3.3 População Elegível para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

O tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) é voltado a usuários com diversas enfermidades respiratórias, tais como: doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica), fibrose pulmonar, doenças congênitas que provocam hipoxemia, deformidades torácicas graves, bronquiectasias, fibrose cística, sequelas de tuberculose, doenças de circulação pulmonar, cardiopatia e usuários oncológicos em tratamento paliativo (VIEGAS, C.A.A. *et al*, 2000).

4 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

4.1 Documentação Exigida para o Processo de Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

- Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (anexo 01) preenchida pelo médico responsável¹;
- Possuir residência fixa no Município de Joinville, conforme apresentação do comprovante de residência, nominal ou declaração;
- Cópia do documento de identidade (RG) e Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) do usuário;
- Número do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) do usuário;
- Cópia do RG e CPF do responsável pelo usuário;
- Exame gasometria arterial com validade de 3 meses sem uso de oxigênio;
- Assinar Termo de Responsabilidade para cedência do Equipamento de Oxigênio (apêndice 01).

4.2 Critérios Clínicos para Indicação do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

A indicação de Oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos. Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia constitui indicação para prescrição de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar a baixos fluxos, os seguintes achados laboratoriais e de exame físico (VIEGAS, C.A.A. *et al*, 2000; WU, WW. *et al*, 2014):

- $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou $\text{SatO}_2 \leq 88\%$ em repouso;
- PaO_2 entre 56 e 59 mmHg ou $\text{SatO}_2 = 89\%$ associado a:
 - ✓ Edema por insuficiência cardíaca;
 - ✓ Evidência de hipertensão pulmonar;
 - ✓ Hematócrito $\geq 56\%$ poliglobulia.
- Usuários oncológicos e paliativos: $\text{PaO}_2 < 85$ mmHg;
- Usuários pediátricos:
 - ✓ A Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) em usuários pediátricos é justificada pelas consequências que a saturação baixa de oxigênio crônica pode trazer para essa faixa etária, a saber: hipertensão pulmonar (quando a saturação de O_2 se mantém $< 88-90\%$, exceto para usuários com cardiopatia congênita e hipertensão pulmonar idiopática), efeitos adversos na cognição e comportamento (quando a saturação de O_2 se mantém $< 85\%$), aumento do risco de morte nos usuários com Doença Pulmonar Crônica Neonatal (DPCN) quando a saturação de O_2 se mantém $< 90\%$, déficit de crescimento em lactentes com DPCN

¹ Pneumologista, cardiologista, oncologista, hematologista, neurologista dos Ambulatórios de Especialidades e Hospitais.

(quando a saturação de O₂ se mantém < 92%), bem como alteração na qualidade do sono.

- ✓ As indicações de OPD em usuários pediátricos são:
 - Doença Pulmonar Crônica Neonatal;
 - Outras condições pulmonares do período neonatal com dependência de oxigênio, que exceto por essa condição estão aptos à alta hospitalar;
 - Cardiopatias congênitas cianóticas quando acompanhadas de outros problemas respiratórios (não há espaço para OPD em usuários com cardiopatias congênitas acianóticas);
 - Hipertensão Pulmonar: dessaturações durante o período de sono e para uso em quadros emergenciais;
 - Shunt intrapulmonar sintomático;
 - Episódios recorrentes de cianose e apneia que levem à necessidade de ressuscitação cardiopulmonar;
 - Pneumopatias intersticiais que cursem com hipoxemia, que exceto por essa condição estão aptos à alta hospitalar;
 - Bronquiolite obliterante, que exceto por essa condição estão aptos à alta hospitalar;
 - Fibrose cística (alívio dos sintomas e melhorar a frequência escolar);
 - Apneia obstrutiva do sono, quando não for possível o uso de VNI ou CPAP;
 - Hipoventilação crônica, quando não for possível o uso de VNI ou CPAP;
 - Anemia falciforme, na presença de hipoxemia noturna persistente para reduzir o risco de infarto e crises álgicas;
 - Cuidados paliativos (para alívio dos sintomas);
 - Encefalopatia grave e crônica durante as crises de exacerbação por infecção de vias aéreas inferiores, se muito frequentes.

4.3 Critérios Sociais para Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

- Análise da rede de apoio do usuário (cuidador, familiar, amigos e comunidade);
- Avaliação da aptidão do responsável/cuidador, quando necessário;
- Ter moradia no Município de Joinville compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de O₂, bem como a averiguação da fonte compatível com aquele núcleo familiar (estudo social);
- Aceitação do tratamento pelo usuário e responsável;
- Receber visita domiciliar para avaliação quanto à admissão no Serviço de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar;
- Possuir insumos necessários (dieta, medicação, etc) para tratamento domiciliar em casos de alta hospitalar.

4.4 Monitoramento do Usuário Admitido no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Segundo o Ministério da Saúde, o cuidado a usuários que estão em OPD se torna mais eficaz e eficiente quando acompanhado periodicamente por uma Equipe de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013). Portanto, os usuários admitidos no SIAVO para uso de OPD, recebem visitas domiciliares desta Equipe Técnica com periodicidade mensal, bimestral ou trimestral conforme avaliação. Eventualmente os usuários são encaminhados para atendimento ambulatorial no SIAVO.

4.5 Renovação do Processo de Admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

O usuário deverá fazer reavaliação médica para renovação do processo conforme consta na Guia de Autorização de Serviço (G.A.S.) do médico regulador do Estado. A reavaliação é imprescindível para que o tratamento seja de acordo com a necessidade do usuário. Caso o usuário receba alta e, posteriormente, apresente um agravamento da doença, poderá ser inscrito novamente no Serviço de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar, renovando o processo de admissão.

Documentação necessária:

- Exame de gasometria arterial recente, sem o uso de O₂;
- Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar (anexo 01) preenchida pelo médico assistente² em relação à manutenção do tratamento.

4.6 Critérios de Exclusão do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

- Usuário ou cuidador não aceitarem o tratamento proposto;
- Usuários com necessidades de cuidado que deixam de ter cuidador/responsável, ou identificando-se um cuidador/responsável não apto, serão realizadas articulações intersetoriais com intuito de viabilizar os cuidados necessários;
- Melhora gasométrica significativa basal, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta clínica);
- Usuários que mantêm o hábito tabágico, exceto para aqueles impossibilitados de abandonar o vício por deficiência intelectual ou doença psiquiátrica grave;
- Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao equipamento/patrimônio;
- Recusa em receber a visita domiciliar (VD) da Equipe do Serviço de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar ou faltar ao acompanhamento ambulatorial conforme marcado, sendo que três faltas injustificadas acarretarão na retirada do equipamento fornecido;

² Pneumologista, cardiologista, oncologista, hematologista, neurologista dos Ambulatórios de Referência e Hospital.

- Em caso de mudança do município de Joinville, entra em vigor o prazo de 60 dias para a devolução dos equipamentos.

Cabe salientar que os critérios de exclusão e de não admissão são independentes entre si, portanto, a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir ou não admitir o usuário no Serviço.

4.7 Critérios de Alta do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Os usuários admitidos no Serviço de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) não têm previsibilidade alta, sendo assim, a alta clínica se dará quando houver a melhora gasométrica basal significativa, de modo a colocar o usuário fora dos Critérios de Inclusão ao Serviço.

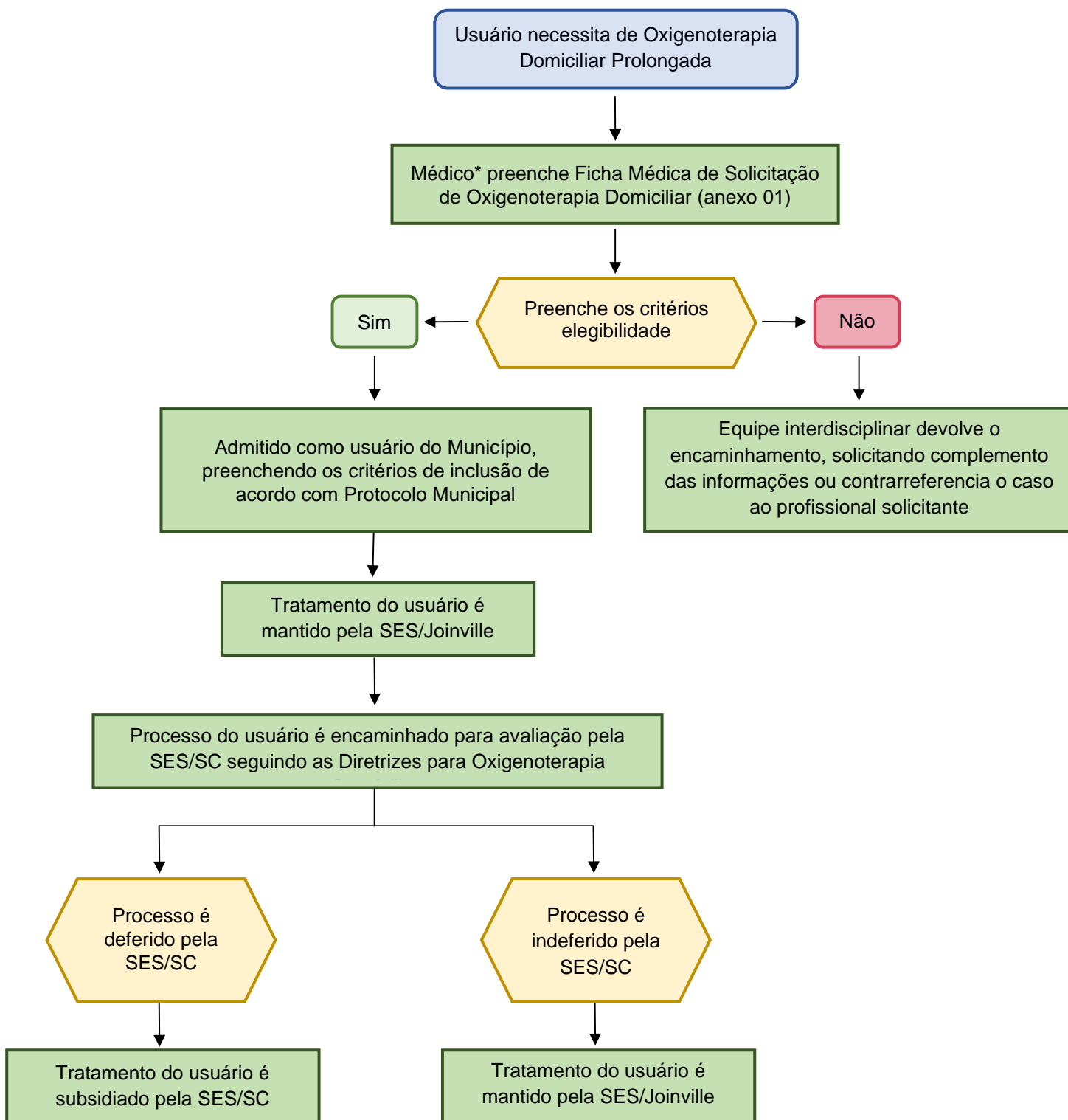
5 CRITÉRIOS PARA A NÃO ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

- Usuário ou cuidador não aceitar o tratamento proposto;
- Condições de estrutura e moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do Serviço, tais como impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação ou falta de condições mínimas para os cuidados de manutenção do equipamento disponibilizado;
- Usuários com necessidade de cuidado e que não possuem um cuidador/responsável apto, mesmo após serem realizadas articulações intersetoriais com intuito de viabilizar os cuidados necessários;
- Usuários que mantêm o hábito tabágico, com recusa ao tratamento do tabagismo³. Exceto para aqueles impossibilitados de abandonar o vício por deficiência intelectual ou doença psiquiátrica grave, estes deverão ser elegíveis para fonte de oxigênio por meio de concentrador, evitando riscos de explosões (Air Liquide Brasil, 2009);
- Quando identificado questões de risco de segurança para a Equipe de Saúde e/ou para o equipamento/patrimônio.

³ O Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) existe no Município desde 2005 e é realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O eixo central do tratamento do fumante é a abordagem cognitivo-comportamental, utilizando-se o apoio medicamentoso (quando indicado e disponível). O tratamento pode ser realizado em grupo ou individual (SES/Joinville, 2017).

6 FLUXOGRAMA PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA

Figura 04 – Fluxograma para admissão no Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada



*Pneumologista, cardiologista, oncologista, hematologista, neurologista

Fonte: Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia – SES/Joinville, 2020



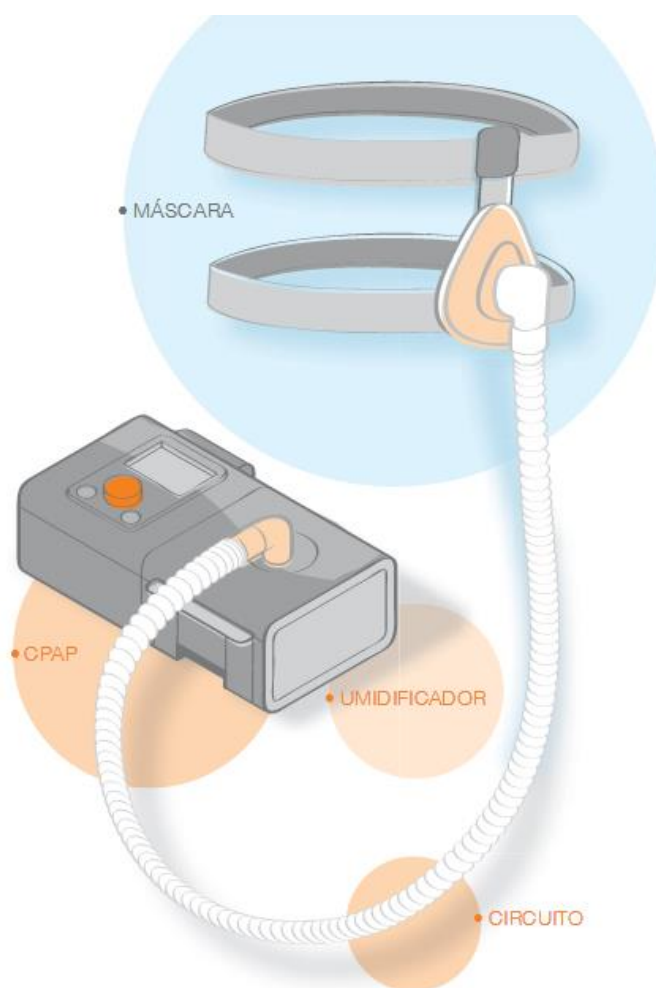
Protocolo de Acesso ao Serviço de Ventilação não Invasiva

7 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

7.1 Definição de Ventilação não Invasiva

A Ventilação não Invasiva (VNI) consiste na dispensação de equipamento de CPAP (pressão positiva contínua nas vias aéreas) e BiPAP (dois níveis de pressão positiva contínua nas vias aéreas) por meio de máscaras nasais ou oronasais (figura 05).

Figura 05 – Aparelho de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP)



Fonte: Manual do usuário de CPAP – Vital Aire ®

O CPAP é o tratamento utilizado para Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), amplamente utilizado como recurso terapêutico, ele age aumentando a pressão positiva nas vias aéreas a níveis capazes de manter esta região aberta durante o sono, quando existe a tendência

de seu colapso, evitando desta forma as interrupções respiratórias (SILVA, G.A; PACHITO, D.V, 2006; BITTENCOURT, L.R.A; CAIXETA, E.C, 2010; BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015).

O BiPAP é indicado para SAOS em casos específicos, também é uma modalidade terapêutica, utilizado para usuários com doença pulmonar que cursem para insuficiência respiratória grave e doenças neuromusculares que necessitem de ventilação não invasiva. Pode-se também indicar o BiPAP complexo, equipamento projetado para melhorar a qualidade de vida dos usuários, com uma ampla gama de modo de ventilação, desde os totalmente controlados até os espontâneos, flexibilizando o tratamento e a adaptação do usuário. Fornece uma ventilação eficiente, confortável para usuários com insuficiência respiratória crônica, tais como os portadores de doenças neuromusculares. (SILVA, G.A; PACHITO, D.V, 2006; BITTENCOURT, L.R.A; CAIXETA, E.C, 2010; BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015).

7.2 Objetivos da Ventilação não Invasiva

- Cessar a sonolência excessiva diurna;
- Melhorar a função cognitiva/ memória;
- Diminuir risco de acidentes (trânsito/trabalho);
- Reduzir morbi-mortalidade cardiovascular;
- Melhorar perfil metabólico e inflamatório;
- Diminuir a hipertensão arterial;
- Cessar hipóxia intermitente noturna, que afeta os sistemas cardiovascular e hematológico;
- Manter aberta as vias aéreas superiores, tornando-as permeáveis;
- Reduzir trabalho respiratório (repousar músculos respiratórios);
- Aumentar a sensibilidade do centro respiratório;
- Melhorar e manter trocas gasosas.

7.3 População Elegível para Ventilação não Invasiva

Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, art. 8º usuários provenientes dos ambulatórios de referência da rede do SUS, do Município de Joinville e Hospitais credenciados da rede do SUS e que residam em Joinville, poderão ser atendidos pelo Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação não Invasiva do Município (BRASIL, 2011).

O CPAP é o tratamento de escolha para os usuários com SAOS de grau grave (SILVA, G.A; PACHITO, D.V, 2006; BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015).

O BiPAP é indicado para usuários portadores de doença respiratória grave e/ou usuários com doença neurológica degenerativa que cursem com insuficiência respiratória (SILVA, G.A; PACHITO, D.V, 2006; BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015).

8 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

8.1 Documentação Exigida para o Processo de Admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva

- Para usuários que solicitam CPAP e BiPAP simples apresentar Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar (anexo 02) preenchida pelo médico⁴, provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Para usuários que solicitam BIPAP complexo apresentar Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar (anexo 02) preenchida pelo médico⁵;
- Possuir residência fixa no município de Joinville, conforme apresentação do comprovante de residência, nominal ou declaração;
- Cópia do documento de identidade RG e CPF do usuário;
- Número do Cartão Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) do usuário;
- Cópia do RG e CPF do responsável pelo usuário;
- Assinar Termo de Responsabilidade para cedência do CPAP e BiPAP (apêndice 03).

8.2 Critérios Clínicos para Indicação do Serviço de Ventilação não Invasiva

Os usuários devem apresentar alguma das doenças de base listadas a seguir (SES/SC, 2015):

- Doenças Neuromusculares: Esclerose Lateral Amiotrófica e Distrofia Musculares;
- Doenças torácicas restritivas: Trauma Raquimedular (TRM), Cifoescoliose e Sequela de Poliomielite;
- Doenças e Sinais de Hipoventilação Noturna: Hipoventilação Alveolar Central, Síndrome da Apneia Central Idiopática, Respiração de Cheyne Stokes e Síndrome de Obesidade Hipoventilação;
- Síndrome da Apneia e Hipopneia do Sono.

8.3 Critérios Clínicos para Indicação de Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP)

A indicação do uso do CPAP baseia-se em dados clínicos e exame de polissonografia. É necessário a polissonografia para verificar o grau de gravidade da SAOS.

Segundo literatura constitui indicação para uso de CPAP, usuários com SAOS de grau grave, com índice de apneia e hipopneia (AHI) maior ou igual a 30 eventos por hora (SILVA, G.A; PACHITO,

⁴ Otorrinolaringologista, pneumologista, cardiologista, neurologistas do Sistema Único de Saúde (SUS)

⁵ Otorrinolaringologista, pneumologista, cardiologista, neurologistas.

D.V, 2006; BITTENCOURT, L.R.A; CAIXETA, E.C, 2010; BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015).

8.4 Critérios Clínicos para Indicação de Pressão Positiva em Vias Aéreas a Dois Níveis (BiPAP)

O BiPAP é indicado para atender as necessidades de usuários com SAOS quando o mesmo apresenta dificuldade de adaptação ao tratamento com o CPAP por um período aproximado de seis meses, ou que necessitem de uma pressão elevada nas vias aéreas para o tratamento.

8.4.1 Doenças Neuromusculares e Doenças Torácicas Restritivas

Para os usuários que apresentarem doenças neuromusculares (Esclerose Lateral Amiotrófica e Distrofias Musculares) e doenças torácicas restritivas (Trauma Raquimedular, Cifoescoliose e Sequela de Poliomielite) deve-se observar os seguintes critérios (BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015):

- Presença de sintomas: sonolência excessiva diurna, fadiga, cefaleia, dispneia ou disfunção cognitiva;
- Gasometria arterial diurna com $\text{PaCO}_2 \geq 45$ mmHg; presença de dessaturação noturna com oximetria mostrando $\text{SatO}_2 < 88\%$ por mais de 5 minutos (Critérios Fisiológicos);
- Espirometria com Capacidade Vital Forçada (CVF) $\leq 50\%$ do predito e ou Pressão inspiratória máxima < 60 cm H_2O (Critérios Funcionais).

O usuário será incluído quando atender o critério de elegibilidade de sintomas descrito no “item 1” acrescido de um critério fisiológico ou um funcional, citados nos “itens 2 e 3” respectivamente.

8.4.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) Severo

Para os usuários que apresentarem DPOC severo deve-se observar os seguintes critérios (BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015):

- Quando na gasometria arterial apresentar $\text{PCO}_2 > 52$ mmHg;
- Oximetria do sono demonstrando dessaturação da oxiemoglobina $\leq 88\%$ por ≤ 5 minutos em pelo menos 2 horas de sono e feita enquanto o usuário estiver utilizando pelo menos 2l /min de O_2 ;
- Antes de iniciar a terapia, o tratamento da apneia do sono com o CPAP, deve ser considerado e descartado;
- O BiPAP complexo deverá ser considerado quando o usuário já usa o BiPAP simples e os critérios A e B forem considerados:
 - » A gasometria mostra uma $\text{PCO}_2 \geq 7$ mmHg comparado com o resultado original (que originou o critério 1).
 - » Polissonografia noturna demonstrando que mesmo usando o equipamento inicial ainda

dessatura <88% por mais de 5 minutos com observação noturna (com oxímetro a noite toda).

8.4.3 Hipoventilação Noturna

Para os usuários que apresentarem sinais de Hipoventilação Noturna (Hipoventilação alveolar Central e Síndrome de Obesidade Hipoventilação) devem-se observar os seguintes critérios (BERRY, R.B, WAGNER, M.H, 2015):

- Gasometria arterial diurna com PaCO₂ ≥ 45 mmHg em ar ambiente;
- Espirometria com relação VEF1/CVF pós broncodilatador ≥ 70% ou VEF1 ≥ 50%;
- PaCO₂ no sono ou após despertar ≥ 7 mmHg da PaCO₂ comparado a gasometria original;
- Polissonografia com SatO₂ ≤ 88% por 5 minutos ou mais durante o sono (mínimo de 2 horas) não causado por eventos obstrutivos (AHI maior que 5).

Trocar-se-á o uso do aparelho para um BiPAP complexo após avaliação trimestral do quadro clínico sendo constatada piora ou não alteração dos parâmetros com uso do BiPAP simples.

8.5 Critérios Sociais para Admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva

- Avaliação da aptidão do cuidador/responsável, se necessário;
- Ter moradia no município de Joinville compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, equipamentos de Ventilação não Invasiva;
- Aceitação do tratamento pelo usuário e responsável;
- Receber visita domiciliar, para avaliação quanto à admissão no Serviço de Ventilação Não Invasiva;
- Possuir insumos necessários (dieta, medicação, etc) para tratamento domiciliar em casos de alta hospitalar.

8.6 Monitoramento do Usuário Admitido no Serviço de Ventilação não Invasiva

Os usuários em uso de VNI são acompanhados por meios de consultas ambulatoriais no SIAVO. As consultas iniciais são realizadas com os fisioterapeutas e/ou médico do SIAVO de acordo com a necessidade de cada usuário, até que o mesmo esteja adaptado ao tratamento/equipamento. O usuário estando adaptado, as consultas serão programadas, de acordo com o diagnóstico e/ou necessidade dos usuários. Usuários com mobilidade reduzida serão atendidos no domicílio.

8.7 Renovação do Processo de Admissão para o Serviço de Ventilação não Invasiva

O usuário deverá fazer reavaliação médica para renovação do processo a cada ano, conforme consta na Guia de Autorização de Serviço (G.A.S.) do médico regulador do Estado.

Documentação necessária:

- Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar preenchida pelo médico assistente⁶ em relação à manutenção do tratamento (anexo 02).

8.8 Critérios de Exclusão para o Serviço de Ventilação Não Invasiva

- Falta de condições de estrutura residencial mínima para utilização do equipamento disponibilizado;
- Usuários com necessidades de cuidado que deixam de ter cuidador/responsável, ou identificando-se um cuidador/responsável não apto, serão realizadas articulações intersetoriais com intuito de viabilizar os cuidados necessários;

Cabe salientar que os critérios de exclusão e não admissão são independentes entre si, portanto, a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir ou não admitir o usuário no Serviço.

8.9 Critérios de Alta no Serviço de Ventilação não Invasiva

Os usuários de Ventilação não Invasiva não têm previsibilidade alta, sendo assim a alta clínica se dará quando houver a melhora do exame de gasometria arterial, espirometria e/ou polissonografia basal, de modo colocar o usuário fora dos critérios de inclusão.

⁶ Otorrinolaringologista, pneumologista, cardiologista, neurologistas do Sistema Único de Saúde (SUS).

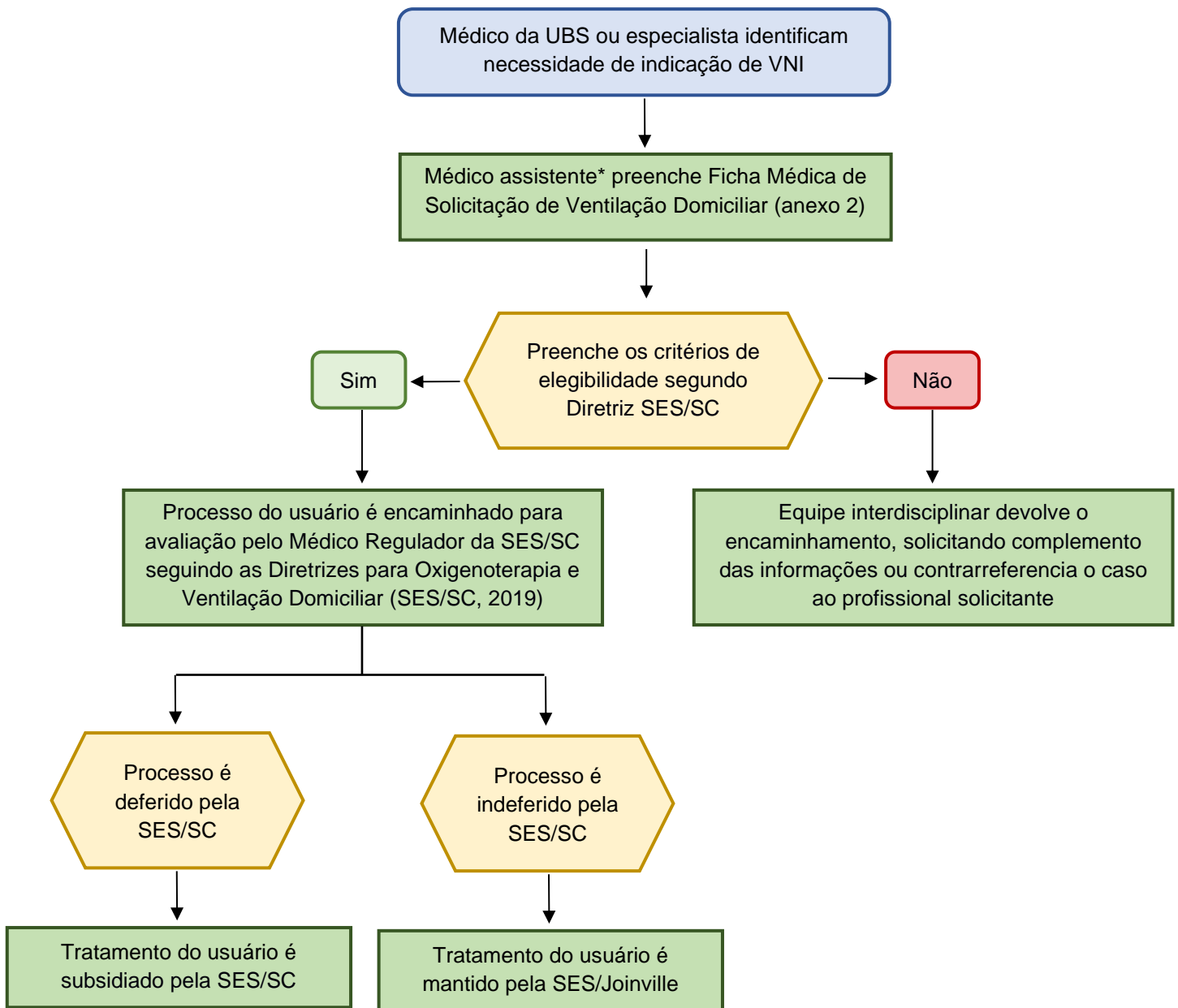
9 CRITÉRIOS DE NÃO ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

- Em caso de não conseguir contato com o usuário para dar seguimento ao processo (após três tentativas sem sucesso o usuário voltará para o final da fila. Havendo reincidência o usuário será excluído);
- Em caso de duas faltas consecutivas, sem justificativa, ao agendamento da primeira entrevista, o usuário será excluído (Portaria SEI nº 132/2019/SMS, Art.16);
- Usuário ou responsável não aceitarem o tratamento proposto (Portaria SEI nº 132/2019/SMS, Art.14);
- Falta de condições de estrutura residencial mínima para utilização do equipamento disponibilizado;
- Usuários com necessidade de cuidado e que não possuem um cuidador/responsável apto, mesmo após serem realizadas articulações intersetoriais com intuito de viabilizar os cuidados necessários;
- Usuários traqueostomizados com indicação de ventilação mecânica invasiva⁷;
- Quando identificadas questões de risco de segurança para a Equipe de Saúde e/ou para o equipamento/patrimônio.

⁷ Usuários com indicação de ventilação mecânica invasiva (traqueostomizados) serão encaminhados para o Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar (SOVD – SES/SC), conforme Diretrizes para Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar (SES/SC, 2019)

10 FLUXOGRAMA PARA ADMISSÃO NO SERVIÇO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Figura 06 – Fluxograma para admissão no Serviço de Ventilação não Invasiva



* Otorrinolaringologista, pneumologista, cardiologista e neurologista provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia – SES/Joinville, 2020

11 TERAPIA COMBINADA DE OXIGENOTERAPIA PROLONGADA DOMICILIAR (OPD) E VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI)

Em casos de solicitação médica para Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) e Ventilação não Invasiva (VNI) associados, serão considerados os critérios administrativos de admissão de OPD, mantendo os critérios clínicos e sociais dos dois serviços (OPD e VNI).

11.1 Atribuições da Secretaria de Estado da Saúde (SES)

- Analisar/avaliar processos de solicitações de oxigenoterapia provenientes da Secretaria da Saúde de Joinville (SES/Joinville) para a concessão de recursos financeiros;
- Emitir a Guia de Autorização do Serviço (G.A.S) para o SIAVO com a data de renovação do processo de admissão;
- Emitir recursos financeiros, de acordo com o deferimento dos processos de solicitação de oxigenoterapia provenientes da SES/Joinville – SIAVO*;
- Avaliar as renovações do processo de admissão do usuário para a manutenção dos recursos financeiros;
- Supervisionar as ações realizadas em nível regional e municipal pertinentes ao Serviço;
- Monitorar o tratamento do usuário;
- Suspender os recursos financeiros quando não forem respeitados os critérios clínicos e administrativos pelo usuário e SES/Joinville;
- Aprimorar sistematicamente as condutas desse serviço, tanto clinicamente quanto administrativamente, visando adequar recursos disponíveis e qualidade/eficácia no tratamento.

*Consta na Deliberação 027/CIB/05 a aprovação do Manual de Oxigenoterapia, onde é informado que o O₂ em municípios em gestão plena será repassado um valor mensal por usuário, através da Lei de Transferência Fundo à Fundo nº13.333 (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2005).

11.2 Atribuições da Empresa Contratada para os Serviços de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) e Ventilação não Invasiva (VNI)

Em conformidade com as prerrogativas do contrato de prestação de serviço as atribuições da empresa contratada são:

- Instalar no domicílio do usuário os equipamentos autorizados pela SES/Joinville, conforme o comunicado do SIAVO, adotando todas as medidas de segurança pertinentes a cada tipo de equipamento;
- Instalar os equipamentos dentro de 48 (quarenta e oito) horas, após solicitação da Equipe do SIAVO;

- Manter consecutivamente a entrega e manutenção dos equipamentos no domicílio do usuário, bem como todos os insumos necessários à manutenção do serviço com qualidade e de forma ininterrupta;
- Dispor de um técnico capacitado para explicar o funcionamento dos equipamentos e os cuidados ao usuário/responsável, bem como à Equipe do SIAVO;
- Garantir a manutenção dos equipamentos 24 horas por dia;
- Emitir nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato;
- Atender intercorrências, solicitadas pelo usuário via telefone no 0800, sempre que necessário;
- Retirar em até 48 horas consecutivas os equipamentos da residência do usuário após comunicação de alta ou óbito pela Equipe do SIAVO.

11.3 Atribuições da Secretaria da Saúde de Joinville (SES/JOINVILLE)

- Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
- Programar os recursos financeiros para a aquisição dos Serviços de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar (OPD) e Ventilação não Invasiva (VNI);
- Estabelecer e manter equipe multidisciplinar (conforme item 11.5), para execução das atividades administrativas e técnicas.

11.4 Atribuições do Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)

- Analisar os processos para concessão da oxigenoterapia e VNI;
- Emitir autorização para a empresa contratada para o serviço;
- Encaminhar processos para o Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da SES/SC;
- Avaliar as solicitações de renovações do processo do usuário para a continuidade do tratamento;
- Monitorar o tratamento do usuário, realizando visitas domiciliares de acompanhamento e supervisão e/ou atendimento ambulatorial, documentando no Relatório de Visita Domiciliar Mensal (anexo 03);
- Fornecer os materiais descartáveis necessários;
- Oferecer tratamento em caso de usuário tabagista⁸;
- Suspender o tratamento quando o usuário apresentar um dos critérios de exclusão citados anteriormente.

⁸ O Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) existe no Município desde 2005 e é realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O eixo central do tratamento do fumante é a abordagem cognitivo-comportamental, utilizando-se o apoio medicamentoso (quando indicado e disponível). O tratamento pode ser realizado em grupo ou individual (SES/Joinville, 2017).

11.5 Atribuições da Equipe Técnica do SIAVO

- Realizar agendamento para atendimento ambulatorial aos usuários;
- Realizar atendimento ambulatorial aos usuários e preencher o Relatório de Visita Domiciliar Mensal (anexo 03) para a Secretaria do Estado da Saúde;
- Realizar visitas domiciliares e preencher o Relatório de Visita Domiciliar Mensal (anexo 03) para a Secretaria do Estado da Saúde;
- Realizar supervisão da empresa contratada para fiscalização do cumprimento do contrato firmado;
- Realizar orientações para o Acesso ao Serviço de OPD e/ou VNI;
- Realizar orientações específicas para o tratamento e cuidados com o equipamento;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da elaboração e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Orientar o usuário e responsável que o mesmo deverá manter vínculo de tratamento de saúde com seu médico de referência na rede SUS;
- Conscientizar o usuário e responsável sobre o tratamento de saúde oferecido pelo SIAVO.

11.6 Atribuições do Médico Supervisor do SIAVO

- Realizar visitas hospitalares e/ou domiciliares para avaliação da admissão e acompanhamento no SIAVO;
- Realizar consultas ambulatoriais para avaliação da admissão e acompanhamento no SIAVO;
- Supervisionar o tratamento do usuário, garantindo que o usuário o realize de forma adequada conforme prescrição do médico assistente⁹, e utilize os medicamentos, insumos necessários e atendimentos complementares para a melhora clínica do usuário;
- Solicitar exames para renovação de processos e acompanhamento do usuário quando necessário;
- Preencher ficha de solicitação e renovação de processos de OPD e VNI (anexos 01 e 02);
- Encaminhar para demais especialistas para complementar o tratamento;
- Realizar regulação de acesso ao Serviço para os usuários elegíveis para VNI.

11.7 Atribuições do Fisioterapeuta do SIAVO

- Realizar visitas domiciliares mensais com registro de pressão arterial, frequência cardíaca e

⁹ Pneumologista, cardiologista, oncologista, hematologista, neurologista dos Ambulatórios de Especialidades e Hospitais.

- oximetria dos usuários admitidos no Serviço para supervisão do tratamento;
- Avaliar necessidade de visita domiciliar dos demais profissionais da Equipe, como médico, assistente social, enfermeiro e psicólogo da Equipe do SIAVO;
 - Realizar troca de descartáveis, bem como orientações de uso e higienização;
 - Verificar necessidade de troca da fonte de oxigênio bem como necessidade do equipamento de oxigênio portátil;
 - Verificar a necessidade de consulta com médico assistente ¹⁰ e prosseguir com encaminhamentos;
 - Supervisionar o tratamento do usuário, garantindo que o mesmo o realize de forma adequada conforme conduta do médico assistente, e utilize os medicamentos, insumos necessários e atendimentos complementares para a sua melhora clínica;
 - Configurar os parâmetros do equipamento de Ventilação não Invasiva conforme necessidade de cada usuário e exame de polissonografia de titulação, caso possua;
 - Adequar as máscaras aos usuários para melhorar adesão ao tratamento;
 - Participar da construção do processo licitatório junto ao Setor de Compras da SES/Joinville;
 - Solicitar retirada do equipamento de Ventilação não Invasiva, caso não haja adesão após período estabelecido para adaptação;
 - Estar apto a avaliar a eficácia do tratamento do usuário por meio do *software* de monitoramento;
 - Emitir pareceres técnicos (evolução clínica) e relatórios extraídos do *software* de monitoramento dos usuários inseridos no Serviço, de acordo com a necessidade;
 - Solicitar exames de gasometria, espirometria e polissonografia para renovação de Processo de Acesso ao Serviço do usuário quando o médico supervisor do SIAVO estiver ausente.

11.8 Atribuições do Assistente Social do SIAVO

- No caso de Oxigenoterapia Domiciliar, realizar avaliação social no domicílio junto aos usuários e responsáveis que serão admitidos no Serviço de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar ou de Ventilação não Invasiva, por meio de realização de visitas domiciliares para verificar as condições do domicílio para a realizar o tratamento, além do acesso da Equipe de Saúde e os possíveis riscos para segmento do tratamento;
- Realizar visitas hospitalares em conjunto com a Equipe do SIAVO para verificar as condições do usuário que demandem os cuidados no domicílio (dieta, nível de dependência, insumos, entre outros);
- No caso de VNI, realizar entrevista social e acolhimento, de forma a fazer preparação para início do tratamento;
- Verificar se o domicílio está na área de abrangência do município de Joinville;
- Elaborar o estudo social para construção do perfil socioeconômico e determinar as estratégias

¹⁰ Pneumologista, cardiologista, oncologista, hematologista, neurologista de hospitais e ambulatório de especialidades.

de intervenção (habitacionais, previdenciárias, tarifas sociais, entre outras) e conhecer a realidade social em que o usuário está inserido, orientando o cuidador/responsável sobre as Diretrizes do SUS e os compromissos firmados com o Serviço para a realização do tratamento de saúde;

- Promover processo de integração entre o usuário – responsável, Equipe do SIAVO e Atenção Básica conforme necessidade;
- Promover mediação familiar quando identificados conflitos que interfiram nos cuidados ou estado de saúde do usuário;
- Verificar se o cuidador está apto para os cuidados, principalmente dos usuários em tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar;
- Acompanhar os usuários admitidos no Serviço no âmbito social e mobilizar/articular a Rede de Serviços encaminhando os usuários conforme a demanda apresentada;
- Verificar necessidade de troca de fonte de oxigênio quando motivada por questão social;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a Equipe de Saúde quanto as demandas sociais dos usuários;
- Emitir laudos, pareceres, relatórios sociais dos usuários admitidos no Serviço, de acordo com a necessidade.

11.9 Atribuições do Psicólogo do SIAVO

- Realizar atendimento psicológico individual, por meio de psicoterapia breve, para os usuários que apresentarem comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade, insônia) que interfiram no tratamento proposto e também na adaptação dos equipamentos ofertados;
- Realizar abordagem cognitivo-comportamental específica do fumante;
- Realizar atendimento em grupo para usuários da VNI;
- Acompanhar as visitas do fisioterapeuta, médico e assistente social a fim de identificar e realizar possíveis intervenções;
- Verificar se o cuidador está apto para os cuidados, principalmente dos usuários em tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a Equipe de Saúde quanto as dificuldades que possam surgir durante os atendimentos realizados;
- Emitir pareceres e relatórios psicossociais dos usuários admitidos no SIAVO, quando necessário;
- Promover processo de integração entre o usuário – responsável, Equipe do SIAVO e Atenção Básica conforme necessidade;
- Promover mediação familiar quando identificados conflitos que interfiram nos cuidados ou estado de saúde do usuário.

11.10 Atribuições do Enfermeiro do SIAVO

- Realizar visitas domiciliares mensais com registro de pressão arterial, frequência cardíaca e oximetria dos usuários admitidos no Serviço para supervisão do tratamento e cuidados de enfermagem necessários;
- Avaliar necessidade de visita domiciliar dos demais profissionais da Equipe, como médico, assistente social, fisioterapeuta e psicólogo da Equipe do SIAVO;
- Realizar consulta de enfermagem diagnosticando suas necessidades de cuidados, formulando plano de cuidados, implementando e avaliando a sua efetividade na assistência à saúde do usuário;
- Estabelecer contato com a Equipe da UBS de abrangência para continuidade da assistência ao usuário, facilitando assim a troca de informações e implementando ações conjuntas com a Equipe da Atenção Básica;
- Supervisionar o tratamento do usuário, garantindo que o mesmo realize de forma adequada os cuidados conforme prescritos por médico assistente, e utilize os medicamentos, insumos necessários e atendimento complementares para a melhora clínica do usuário;
- Verificar esquema de vacina, solicitar vacina especial para o Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) quando necessário;
- Realizar visitas hospitalares em conjunto com a Equipe do SIAVO para verificar as condições do usuário que demandem os cuidados no domicílio (dieta, material de uso domiciliar, nível de dependência, entre outros);
- Realizar troca de descartáveis, bem como orientação de uso e higienização.

11.11 Atribuições do Médico Assistente

- Preencher corretamente a Ficha Médica de Solicitação e Renovação dos processos de OPD e VNI (anexos 01 e 02);
- Acompanhar e reavaliar o quadro clínico do usuário periodicamente;
- Solicitar novo exame de gasometria arterial para, posteriormente, preencher a Ficha Médica de Solicitação e Renovação de Processos de OPD (anexos 01);
- Responsabilizar-se pela alta clínica do usuário.

11.12 Atribuições do Usuário/Cuidador/Responsável

- Não fumar;
- Manter a higiene da casa e dos equipamentos disponibilizados pelo SIAVO;
- Aos usuários em tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar, usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
- Aos usuários em tratamento de Ventilação não Invasiva: fazer uso diário do equipamento

durante o sono de, pelo menos, 04 horas em 70% das noites, após adaptação (90 dias);

- Comunicar ao SIAVO – SES/Joinville qualquer intercorrência como alta, internação, óbito ou mudança de endereço;
- Comunicar à empresa fornecedora problemas com o concentrador e/ou CPAP/BiPAP;
- Solicitar o abastecimento do cilindro de reserva (*back-up*) sempre que necessário;
- Comparecer as consultas periódicas com o médico assistente para acompanhar o tratamento, bem como renovar os processos de admissão no Serviço, quando necessário;
- Manter esquema de vacina atualizado contra gripe (influenza) e pneumonia (pneumocócica);
- Comparecer a consulta ambulatorial de adaptação/supervisão, no Ambulatório do SIAVO, conforme agendamento;
- Realizar os cuidados mínimos de higiene do equipamento e acessórios, conforme orientações;
- Manter os contatos atualizados (telefone, endereço e outros);
- Devolver o equipamento em até 60 dias, em caso de mudança de endereço para fora do município de Joinville.

REFERÊNCIAS

1. BERRY, R.B; WAGNER, M.H. ***Sleep Medicine Pearls***. 3ª Edição. Editora Elsevier, 2015.
2. BITTENCOURT, L.R.A; CAIXETA, E.C. **Critérios diagnósticos e tratamento dos distúrbios respiratórios do sono: SAOS**. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2010. v.26 (supl.2) S1-S61.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília – DF: 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.370, de 3 de julho de 2008**. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. Brasília – DF: 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 2. Brasília – DF: 2013.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 370, de 04 de julho de 2008**. Estabelece que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema adotem as providências necessárias à organização e implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. Brasília – DF: 2008.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 29, de 25 de setembro de 2012**. Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos Budesonida, Beclometasona, Fenoterol, Salbutamol, Formoterol e Salmeterol; a Vacina contra Influenza; a Oxigenoterapia domiciliar e os Exames Diagnósticos para Deficiência de Alfa-1 Antitripsina para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2012.
9. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília – DF: 2011.
10. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF: 1990.

11. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 027/CIB/05**. Aprova o Manual de Oxigenoterapia Domiciliar. Florianópolis, 02 de junho de 2005.
12. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado d Saúde. Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar. **Diretrizes para Oxigenoterapia e Domiciliar**. Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar. Florianópolis, 2019.
13. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria da Saúde. Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde (NARAS). **Manual Instrutivo do Programa de Controle do Tabagismo**. Joinville – SC: 2017.
14. SILVA, G.A.; PACHITO, D.V. Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Departamento de Clínica Médica. Disciplina de Pneumologia. **Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono: tratamento com ventilação não-invasiva (CPAP, BiPAP e Auto-CPAP)**. Ribeirão Preto – SP: 2006. v.39, n.2, p.212-217, abr/jun 2006.
15. VIEGAS, C.A.A. *et al*, *Jornal de Pneumologia*. v.26, n.6. nov/dez 2000. São Paulo – SP: 2000.
16. WU, W.W.; *et.al*. ***Effect of oxygen-driven nebulization at different oxygen flows in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients***. *The American Journal of the Medical Sciences*. v.347, n.5, p.343-6, maio 2014.

APÊNDICE 01 – Termo de Responsabilidade para cedência do Equipamento de Oxigênio

**Diretoria de Média Complexidade
Gerência de Serviços Especiais
Serviço de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
Nacional do SUS _____, residente à _____

no município de Joinville / SC, venho por meio deste TERMO, responsabilizar-me a zelar e guardar equipamentos, acessórios e medicamentos cedidos pelo **Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**.

Equipamentos disponibilizados pelo SIAVO:

- () Cilindro de O₂ + válvula redutora, fluxômetro e cânula nasal (ou similar), entregue por empresa contratada pela Secretaria da Saúde;
- () Concentrador de O₂ + cilindro reserva e cânula nasal (ou similar) entregue por empresa contratada pela Secretaria da Saúde;
- () Cilindro de O₂ portátil;
- () Mochila de O₂ portátil.

Orientações para o usuário e/ou responsável pela guarda dos equipamentos:

Importante: Nunca posicionar os cilindros próximos a fonte de calor extremo (aquecedores incandescentes, fogões, cigarros, etc) nem cozinhar utilizando O₂ (gás inflamável – **Pega fogo!**). Conforme ficha de informação de segurança do **Manual de Utilização do equipamento** (Air Liquide Brasil, 2009):

A exposição ao fogo pode provocar rupturas e/ou explosão de recipientes;

Pode também reagir violentamente com substâncias combustíveis;

Deve ser mantido longe de materiais que possam se incendiar, armazenando longe de áreas de produção, fontes de calor, ignição e sol direto.

Os cilindros e concentradores de O₂ **NÃO** devem **SAIR** do município de Joinville nem serem transportados em carros particulares devido ao risco para o equipamento e para o usuário. O usuário e/ou responsável que não cumprir com essa prerrogativa assume todos os riscos referente ao transporte indevido, inclusive os custos com os eventuais danos ao equipamento. Não é possível solicitar manutenção dos equipamentos fora do Município de Joinville.

Outras orientações importantes:

- ✓ **Cilindros:** **NÃO** usar para nebulização;
- ✓ **Cânulas:** A limpeza **deve ser realizada semanalmente**, utilizando água e detergente neutro. **NUNCA** utilizar álcool, água sanitária ou água fervente, pois danificam o material;
- ✓ **Umidificador:** Realizar a limpeza e troca da água diariamente. Utilizar água filtrada ou fervida (após esfriar). **NÃO** utilizar soro fisiológico.
- ✓

Usuário e/ou Responsável

Data de Retida do Equipamento: ____/____/____.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ O Termo de Responsabilidade tem validade a partir da data de entrega do equipamento e assinatura do usuário e/ou responsável, até a data de devolução/alta do Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO);
- ✓ Ao receber o equipamento para o tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar, a empresa fornecedora solicitará que o usuário e/ou responsável assine a nota da entrega, para efeito de controle;
- ✓ O tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar para o usuário da Secretaria da Saúde de Joinville, isenta o usuário e/ou responsável de quaisquer custos relacionados ao tratamento;
- ✓ Contatos, recargas e manutenções devem ser reportados à Empresa **Air Liquide Brasil**, por meio do telefone **0800-7730322** e registrar o protocolo de atendimento;
- ✓ Dificuldades de adaptação ao uso do equipamento, internações, alta do tratamento ou óbito, entrar em contato com a Equipe do SIAVO por meio do telefone **3417-1310** (horário de funcionamento: 07h00 às 13h00);
- ✓ Casos clínicos graves, o usuário e/ou responsável **poderá** solicitar ao SIAVO fonte de O₂ portátil, com 03 (três) dias úteis de antecedência, para uso nas seguintes situações: **consultas médicas, fisioterapia, psicoterapia, avaliação nutricional e exames**;
- ✓ A alta clínica se dará quando houver a melhora gasométrica significativa basal, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão ao Serviço.

Critérios de Exclusão Serviço de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)

Salienta-se que os Critérios de Exclusão são independentes entre si, portanto a identificação de qualquer um deles acarreta a exclusão ao Serviço:

- ✓ Recusar ou dificultar a visita da Equipe Multidisciplinar do SIAVO ou APS para o acompanhamento do tratamento ou não comparecer ao atendimento ambulatorial agendado, em caso de agendamento;
- ✓ Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço;
- ✓ Usuários com necessidades de cuidados que não possuem um responsável (cuidador) apto para dispensar os cuidados mínimos necessários. À Equipe do SIAVO fica reservado o direito de sinalizar aos responsáveis/familiares sobre a necessidade de ampliação do suporte/cuidados caso seja necessário e, em caso de não haver o cumprimento dessa prerrogativa dar-se-á a exclusão;
- ✓ Não usar ou usar inadequadamente os equipamentos, causando danos ao usuário ou ao equipamento;
- ✓ Manter o hábito de fumar, assim como, familiares e visitantes também não devem fumar no mesmo ambiente do usuário;
- ✓ Não comunicar a Equipe do SIAVO/Secretaria da Saúde a mudança de endereço com antecedência;
- ✓ Não manter a moradia e os equipamentos usados para a Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar em condições de higiene e segurança.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento.

Salienta-se que, o **RESPONSÁVEL** só deve assinar este termo de responsabilidade se o **USUÁRIO** apresentar alteração do estado mental e cognitivo que o impeça de entender este documento.

Usuário e/ou Responsável

Equipe Técnica do SIAVO
Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar

Joinville/SC: _____/_____/_____.

APÊNDICE 02 – Termo de Responsabilidade para cedência do Concentrador Portátil

**Diretoria de Média Complexidade
Gerência de Serviços Especiais
Serviço de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
Nacional do SUS _____, residente à _____

no município de Joinville / SC, venho por meio deste TERMO, responsabilizar-me a zelar e guardar equipamentos, materiais, acessórios e medicamentos cedidos pelo **Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**.

Equipamento disponibilizado pelo SIAVO:

() Concentrador portátil do modelo *Simple Go*, fornecido pela Empresa White Martins.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ O Termo de Responsabilidade tem validade a partir da data de entrega do equipamento e assinatura do usuário e/ou responsável, até a data de devolução/alta do Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO);
- ✓ Ao receber o equipamento para o tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar, a empresa fornecedora solicitará que o usuário e/ou responsável assine a nota da entrega, para efeito de controle;
- ✓ O tratamento de Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar para o usuário da Secretaria da Saúde de Joinville, isenta o usuário e/ou responsável de quaisquer custos relacionados ao tratamento;
- ✓ Contatos, recargas e manutenções devem ser reportados à **Empresa White Martins**, por meio do telefone **0800-7099000** e registrar o protocolo de atendimento;
- ✓ Dificuldades de adaptação ao uso do equipamento, internações, alta do tratamento ou óbito, entrar em contato com a Equipe do SIAVO por meio do telefone **3417-1310** (horário de funcionamento: 07h00 às 13h00).

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento.

Salienta-se que, o **RESPONSÁVEL** só deve assinar este termo de responsabilidade se o **USUÁRIO** apresentar alteração do estado mental e cognitivo que o impeça de entender este documento.

Usuário e/ou Responsável

Equipe Técnica do SIAVO
Oxigenoterapia Prolongada Domiciliar

Joinville/SC: _____/_____/_____.

APÊNDICE 03 – Termo de Responsabilidade para cedência dos equipamentos CPAP ou BiPAP

**Diretoria de Média Complexidade
Gerência de Serviços Especiais
Serviço de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____, Cartão
Nacional do SUS _____, residente à _____

no município de Joinville / SC, venho por meio deste TERMO, responsabilizar-me a zelar e guardar equipamentos, materiais, acessórios e medicamentos cedidos pelo **Serviço Integrado de Assistência Ventilatória e Oxigenoterapia (SIAVO)**, para realizar tratamento/acompanhamento da Síndrome da Apneia do Sono (SAOS) ou outras patologias que necessitem de equipamentos CPAP ou BiPAP.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento e me comprometo à:

- ✓ Fazer uso diário do equipamento durante o sono até 4 horas e pelo menos por 70% das noites, após o período de adaptação (3 meses);
- ✓ Devolver o equipamento em caso de **NÃO** uso ou uso inferior a 4 horas por dia, 70% das noites;
- ✓ Comparecer à consulta de adaptação/supervisão, conforme agendado, sendo que três faltas injustificadas acarretarão a devolução/retirada do equipamento cedido (CPAP ou BiPAP);
- ✓ Realizar os cuidados mínimos de higiene do equipamento e acessórios, conforme orientações, sendo estes cuidados avaliados em cada atendimento;
- ✓ Manter dados do cadastro atualizados (telefone, endereço, etc);
- ✓ Dificuldades de adaptação ao uso do equipamento, internações, alta do tratamento ou óbito, entrar em contato com a Equipe do SIAVO por meio do telefone **3417-1310** (horário de funcionamento: 07h00 às 13h00);
- ✓ Comunicar a Equipe do SIAVO/Secretaria da Saúde a mudança de endereço para outro Município com antecedência e programar a devolução do equipamento até 60 dias após a mudança.

Salienta-se que, o **RESPONSÁVEL** só deve assinar este termo de responsabilidade se o **USUÁRIO** apresentar alteração do estado mental e cognitivo que o impeça de entender este documento.

Usuário e/ou Responsável

**Equipe Técnica do SIAVO
Ventilação não Invasiva**

Joinville/SC: _____ / _____ / _____.

ANEXO 01 – Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

Ficha Médica de Solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____ Peso: _____ Kg
 Idade: _____ anos Município (SC): _____

Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	

Paciente hospitalizado? Sim* Não
 *Hospital: _____

Tabagismo atual? Sim** Não
 **Encaminhar para tratamento de tabagismo.

Data da última exacerbação da doença pulmonar (se aplicável): ____/____/____

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

Atenção, processos que não se encaixam nas duas indicações abaixo, possivelmente serão INDEFERIDOS:
 [1] PO₂ < 55 mmHg ou Sat O₂ < 88% (a Sat O₂ será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)
 [2] PO₂ entre 55 e 60 mmHg ou Sat O₂ < 89% (APENAS quando há hipertensão pulmonar, Hto > 55% ou edema periférico)

Gasometria arterial [anexar ao processo]	Data	pH	PCO ₂	PO ₂	Bicarb.	BE	Sat O ₂
	Atenção: Exame RECENTE (até 30 dias), coletado SEM O ₂ complementar, com o paciente em REPOUSO (aprox. 10 min) e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo da alta hospitalar)						

Paciente pediátrico, não foi coletada a gasometria arterial. Anexado laudo médico ao processo.
 Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação:

Fluxo de O₂: 1l/min 2l/min 3l/min l/min Fluxos > 3l/min precisam de titulação por gasometria arterial

Tempo de uso diário: _____ h/dia (15-24 horas/dia) Tempo de uso inferior a 15h/dia não gera benefício terapêutico

Obs: _____

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____ CRM/SC: _____
 E-mail: _____ Telefones de contato: _____ ; _____
 Especialidade: Pneumologia Outra [_____]
 Observações: _____
 Data: ____/____/____

 Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>

ANEXO 02 – Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR

Ficha Médica de Solicitação de Ventilação Domiciliar

Informações do Paciente:

Nome: _____	Peso: _____ Kg		
Idade: _____ anos	Município (SC): _____		
Patologias pulmonares:	CID10:	Patologias associadas:	CID10:
1.		1.	
2.		2.	
Paciente com TRAQUEOSTOMIA?	() Não () Sim		
Tabagismo atual?	() Não () Sim -> Encaminhar para tratamento de tabagismo		
Paciente hospitalizado?	() Não () Sim -> Hospital: _____		

Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente (IMPORTANTE*):

*Gasometria arterial RECENTE (até 30 dias), coletada SEM O2 complementar
*Paciente em REPOUSO por ao menos 10 minutos e ESTÁVEL (se internado, coletar próximo ao momento da alta)

Gasometria arterial - Data do exame: / /

pH	pCO2	pO2	Sat O ₂	Bicarbonato	BE
----	------	-----	--------------------	-------------	----

Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico): _____

Dados da Solicitação (IMPORTANTE**):

		Período
() Concentrador de oxigênio	Fluxo _____ litros por minuto	h/dia
() CPAP	Pressão: _____ cm H2O	h/dia
() BiPAP simples	Pressões: IPAP _____ cm H2O ; EPAP _____ cm H2O	h/dia
() Ventilador mecânico não invasivo Bilevel	IPAP _____ cm H2O ; EPAP _____ cm H2O ; Modo: _____	h/dia
		AVAPS: () SIM () NÃO
		Volume Corrente: _____ ml
() Ventilador mecânico convencional domiciliar (24h/dia):	Modo [_____]; FIO2 [_____ %]; VC _____ ml	
PEEP _____ cm H2O ; Pressão de distensão _____ cm H2O ; FR _____ irpm		

Dados do Médico Solicitante:

Nome: _____	CRM/SC: _____
E-mail: _____	Telefones de contato: _____ ; _____
Especialidade: () Pneumologia () Outra [_____]	
Observações: _____	
Data: ____/____/____	_____
	Carimbo e assinatura do médico

DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR SES-SC:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar/10416-diretrizes-do-servico-de-oxigenoterapia-e-ventilacao-domiciliar/file>

ANEXO 03 – Relatório de Visita Domiciliar Mensal (ESF)

APÊNDICE F- RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (ESF)



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR**

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL (ESF)

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL N.º _____
MUNICÍPIO: _____ DATA DA VISITA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____

ENDEREÇO ATUAL: _____

TELEFONE CONTATO ATUALIZADO: _____

EQUIPAMENTOS EM USO

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO () (litros por minuto e horas por dia)	VENTILAÇÃO ASSISTIDA ()
1. Quantidade Prescrita pelo médico do SOD (Guia de Autorização de Serviço – GAS): _____ L/min _____ horas/dia	1. Tipo: CPAP () BIPAP SIMPLES () BIPAP COMPLEXO () VENTILAÇÃO MECÂNICA ()
2. Quantidade utilizada pelo paciente: _____ L/min _____ horas/dia	2. Quantidade utilizada pelo paciente: _____ horas/24h _____ noites/semana

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente?	() DPOC () ASMA () DOENÇA INTERSTICIAL () CARDIOPATIAS () OUTRAS: _____
2. O paciente foi internado nos últimos 30 dias? SIM () NÃO ()	Se sim: Quantos dias? _____ Motivo: _____
3. Quais as condições de saúde do paciente? (Está estável? Apresentou melhora do cansaço? Está adaptado ao equipamento?)	- TRAQUEOSTOMIA: () SIM () NÃO - SINTOMAS / QUEIXAS () ERUCTAÇÃO MATINAL () CEFALÉIA () OLHOS SECOS () ESPIRRROS FREQUENTES () CONGESTÃO NASAL () RINORRÉIA () OUTROS: _____
4. Medicamentos para DOENÇA PULMONAR em uso? O paciente utiliza corretamente as medicações? SIM () NÃO ()	
5. O paciente é tabagista? () ATIVO () EX-TABAGISTA () NUNCA FUMOU Já foi encaminhado ao Programa de Controle do Tabagismo? _____ Recusou-se? _____	6. O paciente usa o equipamento conforme prescrição médica? () Sim () Menos tempo do que prescrito () Apenas nas crises de falta de ar () Não usa 7. O paciente usa o aparelho toda a noite? SIM () NÃO ()

CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO

1. Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? SIM () NÃO ()	2. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? SIM () NÃO () Se não, qual o problema detectado? _____
---	--

DEMANDAS DO PACIENTE E FAMILIARES

ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE:

() Rever com médico assistente suspensão de O2 domiciliar () Rever com médico assistente fluxo adequado O2 domiciliar (titulação) () Melhorar cuidados com aparelho () Cessação tabagismo () Avaliar ajuste no tratamento medicamentoso da doença pulmonar () Outras: _____	() Rever com médico assistente suspensão do CPAP/BIPAP () Rever com médico assistente ajustes na pressão () Melhorar cuidados com aparelho () Rever com médico assistente ajustes na máscara () Cuidados traqueostomia () Outras: _____
--	--

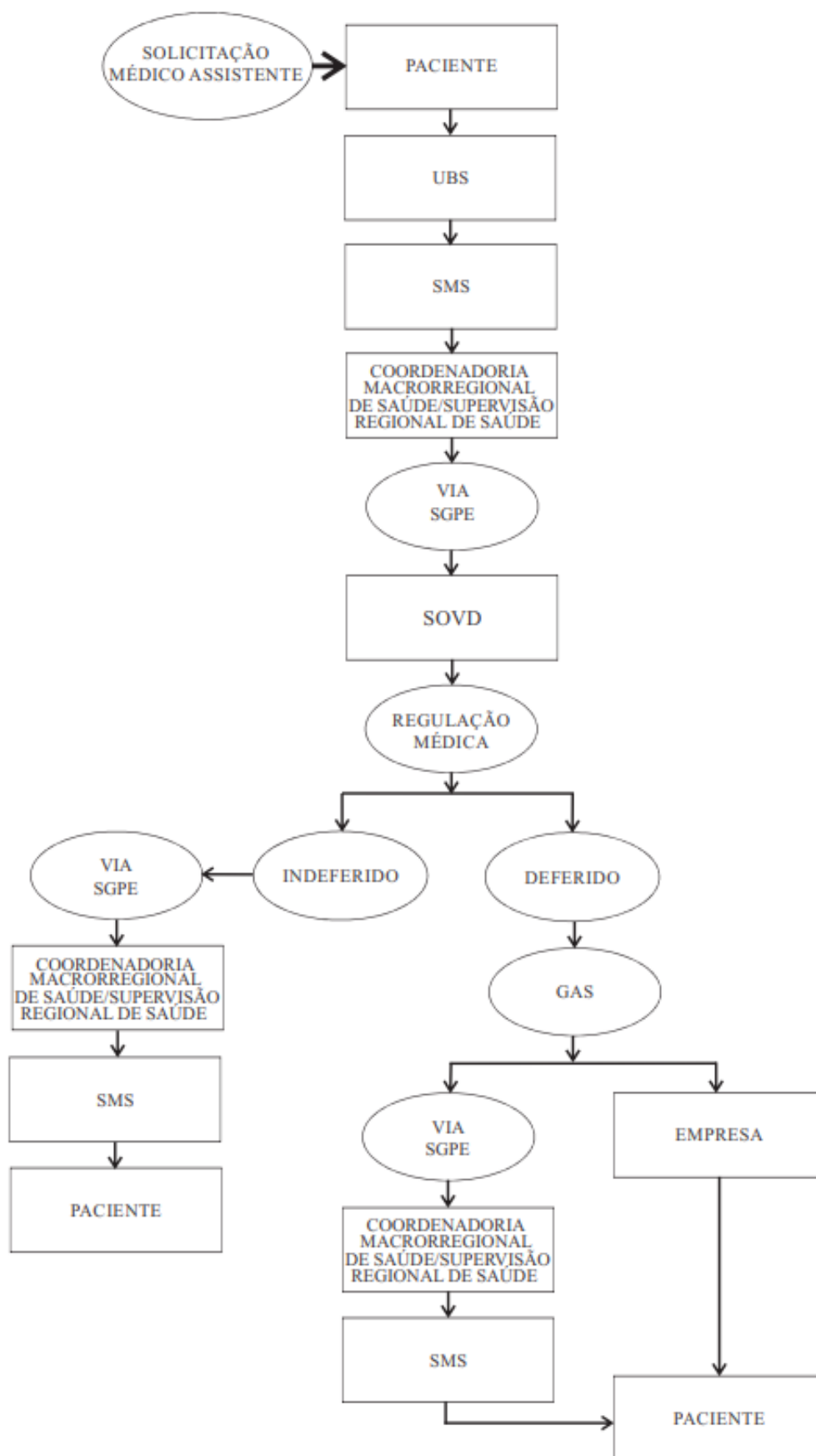
REGISTRO DA VISITA

Assinatura do paciente ou cuidador

Assinatura e carimbo do técnico que realizou a visita

Assinatura e carimbo do médico responsável (ESF ou SMS)

ANEXO 04 – Fluxograma de Acesso à Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina



Fonte: SES/SC, 2019

(Diretrizes para Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar)