

**PORTARIA Nº 58/2022**

**“DESIGNA CRITÉRIOS A SEREM SEGUIDOS PARA A CONCESSÃO DE OXIGENOTERAPIA NO MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO/MG.”**

**MARCELO DE MORAIS**, Prefeito em exercício, no uso de suas atribuições legais,

**CONSIDERANDO** o art. 196 da Constituição Federal.

**CONSIDERANDO** a necessidade do serviço público.

**CONSIDERANDO** a necessidade de atualização do manual e rotinas e condutas do serviço de regulação, controle e avaliação de saúde.

**CONSIDERANDO** que há necessidade de otimização da Gestão.

**CONSIDERANDO** a resolução nº 0011/2022 do Conselho Municipal de Saúde.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aprovar a criação e implantação dos critérios para a dispensação de oxigenoterapia no Município de São Sebastião do Paraíso/MG.

**Art. 2º** – Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura, revogando as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de São Sebastião do Paraíso, 23 de agosto de 2022.



**MARCELO DE MORAIS**

**Prefeito Municipal**

## INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

### 1.0 – INTRODUÇÃO

As doenças pulmonares possuem alta prevalência mundial, e no Brasil correspondem à quinta causa de morte. Somente a partir da década de 70 é que surgiram evidências de que a Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) aumentava a expectativa de sobrevida e melhorava a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas. A ODP também promove a diminuição das complicações decorrentes das exacerbações agudas de base e do número de internações hospitalares, e consequentemente redução do custo econômico para todo sistema de saúde.

### 2.0- OBJETIVO DA INSTRUÇÃO NORMATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Paraíso presta atendimento domiciliar a pacientes portadores de patologias que evoluem com hipoxemia e hipercapnia, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença pulmonar intersticial, doenças congênitas, doenças da circulação pulmonar e cardiopatias graves.

Esta Instrução Normativa visa garantir o acesso através do Sistema Único de Saúde (SUS), a todos os pacientes que necessitem do programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), respeitando os princípios da universalidade, integralidade, equidade e as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência, (Princípios fundamentais do SUS), assim como fazer prevalecer as diretrizes administrativas de hierarquização, descentralização e regionalização da assistência, conforme o DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011, Seção II Art. 8º, o qual define que *o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se **inicia** pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.*

O objetivo principal desta Instrução Normativa é definir e implantar o programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) de forma a otimizar o fluxo de atendimento e evitar o uso inadequado de um serviço de alto custo. Desta forma estabelece critérios clínicos para indicação e suspensão da terapêutica para acesso ao programa ODP tanto para adultos e crianças. Racionalizar os processos administrativos para aumentar a eficiência do sistema e ampliar a população beneficiada. Reduzir internações hospitalares e promover melhora na qualidade de vida. Definir atribuições técnico-administrativas. Desenvolver parceria com as equipes das USF's (Unidades de Saúde da Família) e Equipe Multiprofissional da Atenção Primária.

### 3.0- DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

As evidências científicas de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, mostram os benefícios terapêuticos inquestionáveis da ODP em pacientes com hipoxemia crônica decorrente da DPOC. O diagnóstico clínico é realizado, segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, através da gasometria arterial. É aceito como indicação da necessidade de ODP a demonstração de  $\text{PaO}_2 \leq 55$  mmHg, ou entre 56-59mmHg na presença de sinais sugestivos de cor pulmonale, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito > 55%). A gasometria arterial deverá ser com paciente estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada, prescrição médica detalhada da necessidade de O<sub>2</sub>. Será reavaliado do paciente entre 1 a 4 meses para verificação da real necessidade de continuar em ODP.

A gasometria arterial poderá não ser obrigatória nas seguintes situações:

1- Crianças e adolescentes <16 anos - nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando  $\text{SpO}_2 \leq 92\%$  já é suficiente para indicação e manutenção do O<sub>2</sub>.

2-Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldades de locomoção- nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando  $SpO_2 \leq 90\%$  já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.

Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatias, mas com indicação de usar oxigênio (exemplo: tratamento paliativo, síndrome da apnéia do sono, doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome da imunodeficiência adquirida). Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando  $SpO_2 \leq 90\%$  já é suficiente para indicação de ODP.

#### **4.0- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

##### **4.1-Oxigenoterapia contínua:**

1-PaO<sub>2</sub>  $\leq 55$  mmHg ou SaO<sub>2</sub>  $\leq 88\%$ , ou

2-PaO<sub>2</sub> entre 56-59mmHg ou SaO<sub>2</sub>=89, associado:

- a- Edema por insuficiência cardíaca ou,
- b- Evidência de cor pulmonale ou;
- c- Hematócrito  $>56\%$ .

##### **4.2- Oxigenioterapia intermitente:**

###### **Oxigenioterapia durante exercício:**

- 1- SaO<sub>2</sub>  $\leq 88\%$  ou PaO<sub>2</sub>  $\leq 55$ mmHg durante atividade física ou;
- 2- Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com O<sub>2</sub> durante programa de reabilitação pulmonar.

###### **Oxigenioterapia noturna:**

1-SaO<sub>2</sub>  $\leq 88\%$  ou PaO<sub>2</sub>  $\leq 55$ mmHg durante o sono com evidência de cor pulmonale, eritrocitose, ou outro distúrbio físico ou mental atribuído a hipoxemia ou;

2- Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de O<sub>2</sub>.

#### **5.0- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR:**

Cabe salientar que os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

São eles:

- Melhora gasométrica significativa de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- Cardiopatias sem insuficiência respiratória crônica;
- Asma brônquica sem insuficiência respiratória crônica;
- Neoplasias (que não respondam à oxigenoterapia);
- Embolia pulmonar (que não respondam à oxigenoterapia);



- Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia;
- Para inaloterapia;
- Condições de moradia incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço como: impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação e falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado, e residência de difícil acesso; critérios que serão avaliados pela empresa fornecedora do equipamento;
- O não uso ou o uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- Impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica;
- Paciente ou familiar que permaneçam fumando causando situação de risco identificada pela equipe técnica responsável pelo acompanhamento do serviço;
- Paciente tabagista que ainda não participou ou não participe do Grupo de Tabagismo fornecido pela Secretaria de Saúde de São Sebastião do Paraíso;
- \* Observação: Todos os pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada terão preferência de inclusão nos Grupos de Tabagismo oferecido pelo município. Será cobrada a presença de 100% nos encontros;
- Internação por mais de 30 dias;
- Não atendimento às visitas dos Agentes comunitários de saúde (ACS) e do (a) fisioterapeuta;
- Não comparecimento à consulta agendada na USF ou o não atendimento ao médico da USF, caso o paciente seja acamado;
- Mudança para outro município.

#### **6.0 - FLUXOS PARA PRESCRIÇÃO:**

Para todos os casos de Oxigenoterapia domiciliar prolongada os pacientes deverão obrigatoriamente:

- Residir no município de São Sebastião do Paraíso;
- Estar cadastrado na Unidade de Saúde de Família (USF) de seu bairro e receber as visitas dos Agentes comunitários de saúde (ACS) e da (o) fisioterapeuta;
- Apresentar cópia do comprovante de residência atual;
- Apresentar cópias legíveis e sem rasuras dos documentos de identidade, CPF e CNS (frente e verso); e também identidade e CPF do responsável legal (quando houver);
- Apresentar prescrição médica com descrição da história clínica do paciente, conforme os critérios de indicações e contra-indicações contidos nessa instrução normativa, sendo imprescindível a realização da gasometria arterial nos casos indicados no item diagnóstico clínico;
- Apresentar patologia que evolua com hipoxemia e que preencha os critérios para ODP;
- Exame de gasometria arterial legível (dos últimos 15 dias) contendo: identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame;

- Para pacientes pediátricos: Relatório médico detalhado com a descrição de medição de saturação por oximetria de pulso < 90%, com o paciente estável e durante a tentativa de retirada de oxigênio, ou durante monitorização da saturação por 6-12 horas, nos variados níveis de atividade, incluindo sono e alimentação (saturação baixa - <90% - em 95% do período de monitorização)
- A liberação será feita após análise do profissional qualificado da secretaria de saúde (médico regulador ou médico coordenador após verificação correta dos documentos exigidos nesta instrução normativa;
- Todo paciente em alta hospitalar com indicação de oxigenioterapia domiciliar prolongada (ODP) deverá ser reavaliado em até 30 dias, por médico da USF ou médico assistente, quanto a indicação de manutenção de ODP.
- **Observação:** Nos pacientes que preenchem os requisitos necessários para oxigenoterapia contínua, após uma internação por exacerbação, uma nova avaliação da indicação deverá ser realizada após 30 a 90 dias, visto que eles podem apresentar hipoxemia significativa prolongada, mas transitória.
- Todos os pacientes com critério de ODP serão acompanhados, reavaliados entre 2 a 4 meses, pelo médico da USF ou médico assistente e pelo fisioterapeuta da Equipe Multiprofissional da Atenção Primária para manutenção do fornecimento do oxigênio.

## 7.0- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). 2014.
- 2 Petty TL, Bliss PL: Ambulatory oxygen therapy, exercise and survival with advanced chronic obstructive pulmonary disease. (The Nocturnal Oxygen Therapy Trial Revisited.) *Resp Care* 2000;45:204-213.
- 3 Hardinge M, et al. *Thorax* 2015 70: i1-i43. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015-206865
- 4 Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: Revised 2017. Global initiative for Chronic obstructive lung disease (GOLD). <http://www.goldcopd.org> (acessado em 17/01/2017)
- 5 Lima, AMJ, Franco CMR, Castro CMMB et al. Contribuição da apnéia obstrutiva do sono para o estresse oxidativo da obesidade. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008, vol.52, n.4, pp. 668-676
- 6 Punjabi NM, Caffo BS, Goodwin JL, Gottlieb DJ, Newman AB, O'Connor GT, Rapoport DM, Redline S, Resnick HE, Robbins JA, Shahar E, Unruh ML, Samet JM. Sleep-disordered breathing and mortality: a prospective cohort study. *PLoS Med.* 2009;6(8):e1000132.
- 7 Rauscher H, Formanek D, Zwick H. Nasal continuous positive airway pressure for nonapneic snoring? *Chest.* 1995;107(1):58-61.
- 8 Roisin-Rodrigues R. Miravittles M. Conferencia de consenso sobre enfermedad pulmonary obstructive cronica. *Arch Bronconeumol* 2003,39, 5-6.
- 9 Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – *Can Respir J* 2003, 10 Suppl A 2003.
- 10 Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1999, 54(7) 581-6
- 11 Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, Alessi CA, Bailey D, Coleman J Jr, et al. Practice parameters for the
- 12 indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. *Sleep.* 2005;28(4):499-521.



- 13American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic & Coding Manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 14Collop NA, Anderson WM, Boehlecke B, Claman D, Goldberg R, Gottlieb DJ, et al. Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med.* 2007;3(7):737-47.
- 15Bittencourt LR, editor. Diagnóstico e tratamento da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono - Guia Prático. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2008.
- 16Abad VC, Guilleminault C. Pharmacological management of sleep apnoea. *Expert Opin Pharmacother.* 2006;7(1):11-23.
- 17Smith I, Lasserson TJ, Wright J. Drug therapy for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(2):CD003002
- 18Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Morgenthaler TI, Alessi CA, Bailey D, et al. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *Sleep.* 2006;29(3):375-80.
- 19Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S, Crosthwaite Barnes M, Houston D, Worsnop CJ, Neill AM, Mykityn IJ, Kay A, et al. A randomized controlled trial of continuous positive airway pressure in mild obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165(6):773-80
- 20Barnes M, McEvoy RD, Banks S, Tarquinio N, Murray CG, Vowles N, et al. Efficacy of positive airway pressure and oral appliance in mild to moderate obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2004;170(6):656-64.
- 21Hoffstein V. Review of oral appliances for treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep Breath.* 2007;11(1):1-22.
- 22American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- 23Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med.* 2009;5(3):263-76.
- 25Ahmar IQBAL et al. Worldwide guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. A comparison of diagnosis and treatment recommendations. *Respirology* 2002;7:233-239.
- 26Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Clinical Guideline 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions. National Institute for Clinical Excellence MidCity Place 71 High Holborn London WC1V 6NA. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (acessado em 17/01/2017)
- 27Sin DD, McAlister FA, Man SF, Anthonisen NR. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. *JAMA* 2003;290:2301-12.
- 28Fabbri LM, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD (GOLD): 2003 update. *Eur Respir J* 2003;22:1-26.
- 29Anderson JE et al. Treating tobacco use and dependence. An evidencebased clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 2002;121:932-941.

30Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p.

31Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. <http://www.jornaldepneumologia.com.br> (acessado em 17/01/2017)

32ZEFERINO, M. T.; SILVA, A. S. Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis: Segmento Farma, 2004.

33MOCELIN, H.T.; FISCHER,G.B.;RANZI, L.C.; ROSA R.D.; PHILOMENA, M.R. Oxigenoterapia domiciliar em crianças: relato de sete anos de experiência. J. Pneumologia. vol.26 n.6 São Paulo Nov./Dec. 2000.

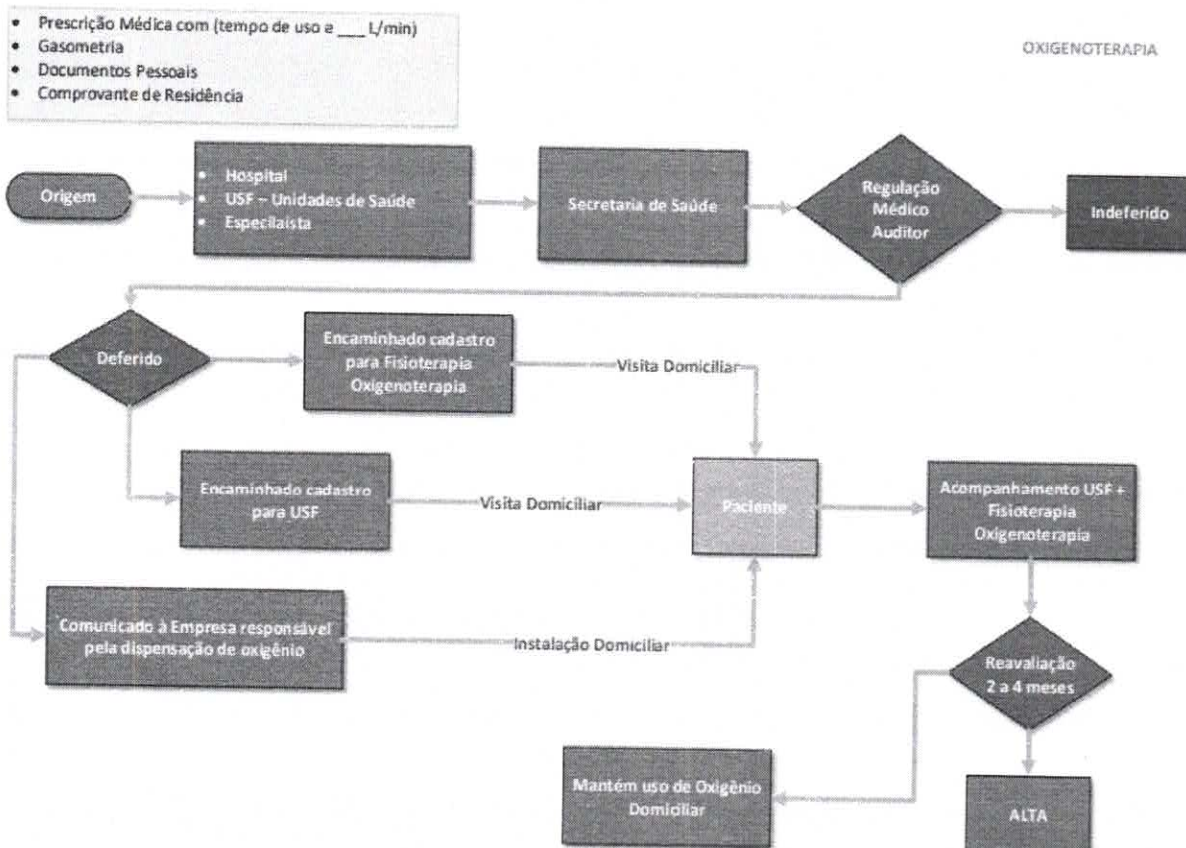
34Pessoa C, Pessoa R. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas 2009;1:7-12.

35Rous MRG. Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately? Int J COPD 2008;3(2):231-7.

36O Reilly P; Bailey W. Long-term continuous oxygen treatment in chronic obstructive pulmonary disease; proper use, benefits and unresolved issues. Cur Opin Pulm Med 2007; 13; 120-4.

Apêndice A:

Fluxograma:





**Apêndice B:**

**Cadastro na Secretaria de Saúde:**

**SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO**

Instalação	Retirada	Troca	Manutenção

**Dados Cadastrais do Paciente**

Nome do Paciente:		
Idade:	Data Nascimento:	
CPF:	RG:	
Endereço:		
Bairro:	CEP.: 37950000	Cidade: São Seb. Do Paraíso
Telefone: (35)	Cel:	
Ponto de referência:		
Local de entrega:		
Em caso de emergência/contato; (35)		

**Dados da Solicitação Equipamento:**

ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Concentrador 5L 110V		Stelar		Nobreak	
Concentrador 5L 220V		Umid Stelar		Inalador Portátil	
Concentrador 10L 110V		Trilogy		Inalador Compressor	
Concentrador 10L 220V		Umid Trilogy		Oxímetro	
CPAP Auto		Bipap Yuwell c/ umid			
Cpap Básico		Cough Assist			
Astral		Aspirador Cirúrgico			
Umid Astral		Aspirador Domiciliar			

**Dados da Solicitação Descartáveis:**

ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Cânula Nasal adulto		Kit Nebulização Ad		Cateter Mount	
Cânula Nasal Infantil		Kit Nebulização Inf		Válvula Exalatória	
Extensão de Cânula		Circuito invasivo		Válvula Wisper	
Umificador O2		Sensor Oxímetro Ad		Tomada Dupla O2	
Máscara Traqueo Adulto		Sensor Oxímetro Inf		Conector T	
Máscara Traqueo Infantil		Macronebulizador		Conector O2	
Máscara Nasal (cpap/bipap)		MODELO:		Máscara O2 ad	
Máscara Facial (cpap/bipap)		MODELO:		Máscara O2 inf	

**Dados da Solicitação Cilindros: SEMPRE COM BASE DE APOIO**

ITEM	QT	ITEM	QT	ITEM	QT
Kit Whitemed		Cilindro G – 1m3		Cilindro Q – 3,5m3	
Cilindro K – 7m3		Cilindro T – 10m3		Regulador click	
Regulador com fluxômetro					



**Dados da Prescrição Médica:**

Horas/dia:

Voltagem do local da instalação:

110V ( ) 220V ( )

PARÂMETRO PARA EQUIPAMENTO NOVAS INSTALAÇÕES:

OBS.:

Data:

Horário da solicitação: 09:52:15:

**PS: O PRAZO PARA INSTALAÇÃO SERÁ CONFORME PREVISTO EM CONTRATO****APÊNDICE C****Ficha de Cadastro**

Nome:

CPF:

CNS:

Identidade:

Órgão Exp:

UF:

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

Est. Civil:

Endereço:

Número:

Bairro:

Ponto de referência:

Telefone: ( )

Unidade de Saúde:

Fumante ( )

Quanto tempo:

Média de cigarros por dia:

Não Fumante ( )

Nunca fumou ( )

Fumou por quanto tempo:

Parou há quanto tempo:

**Identificação do Responsável**

Nome:

CPF:

CNS:

Identidade:

Órgão Exp:

UF:

Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sexo:

Est. Civil:

Grau de parentesco com o paciente:

Telefone: ( )

**Composição Familiar (paciente e os que residem com ele)**

Nome:	Idade	Parentesco	Alfabetizado (S/N)	Fumante (S/N)

Renda per capita:

Nome do médico que acompanha o tratamento:

CRMMG:

Nome do fisioterapeuta que acompanha o tratamento:

CREFITO:

**Condições da Residência do Paciente**

Rede de Água: ( ) Pública ( ) Poço ( ) Outra – Especificar:

Rede Elétrica: ( ) Sim ( ) Não

( ) Pública ( ) Cooperativa ( ) Vizinho ( ) Outra – Especificar:

É adequada para a boa manutenção dos aparelhos? Sim ( ) Não ( )

Parecer da situação:

## APÊNDICE D – Check List ACS

1) O paciente usa regularmente o oxigênio?	Sim ( )	Não ( )
2) Se sim, quantas vezes por semana?		
3) Quantos litros por minutos?		
4) Possui oxímetro?	Sim ( )	Não ( )
5) Se sim, utiliza o oxímetro com que frequência?		
6) O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico?	Sim ( )	Não ( )
	Data: ___/___/___	
7) Se sim, aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? Quanto?		
8) Está recebendo a visita da Fisioterapeuta?	Sim ( )	Não ( )
9) Qual foi a data da última visita da Fisioterapeuta?	Data: ___/___/___	
10) Paciente é fumante?	Sim ( )	Não ( )
11) Se sim, está participando do Grupo de Tabagismo?	Sim ( )	Não ( )
12) Alguém que reside na mesma casa é fumante?	Sim ( )	Não ( )
São Sebastião do Paraíso, ___/___/___		
Assinatura do ACS		Assinatura do paciente ou familiar

## APÊNDICE E – Relatório de Visita Domiciliar Mensal (USF) – Parte 1

Paciente:	Data: ___/___/___	
<b>Equipamentos em uso:</b>		
Concentrador de oxigênio ( )	Ventilação Assistida ( )	
Quantidade prescrita pelo médico ___ L/min ___ hs/dia	CPAP ( )	BIPAP ( )
Quantidade utilizada pelo paciente ___ L/min ___ hs/dia	Quantidade utilizada pelo paciente ___ hs/24 horas ___ noites/semana	
<b>Condições Clínicas do Paciente:</b>		
Qual a doença de base do paciente?	( ) DPOC ( ) Asma ( ) Doença Intersticial ( ) Cardiopatia ( ) Outras: _____	
O Paciente foi internado nos últimos 30 dias?	Quantos dias:	Motivo:
Quais condições de saúde do paciente?	Traqueostomia: Sim ( ) Não ( )	
Está estável Sim ( ) Não ( )	Sintomas/Queixas:	
Melhorou a dispnéia Sim ( ) Não ( )	( ) Eructação matinal ( ) Cefaléia ( ) Olhos secos ( )	
Adaptou-se ao equipamento S ( ) N ( )	Espirros frequentes ( ) Congestão nasal ( ) Rinorréia ( ) Outros: _____	
Medicações para Doença Pulmonar em uso?	( ) Salbutamol spray – Aerolin ( ) Brometo de ipratrópio spray – Atrovent ( ) Beclometasona – Miflazona ( ) Formoterol + Budesonida – Alenia, Foraseq, Symbicort ( ) Formoterol + Beclometasona – Fostair	
O Paciente utiliza corretamente as medicações?	( ) Salmeterol + Fluticasona – Seretide ( ) Brometo de tiotrópio – Spiriva Respimat ( ) Cloridrato de olodaterol – Striverdi Respimat ( ) Vilanterol + Fluticasona – Relvar ( ) Brometo de glicopirrônio – Seebri ( ) Outro: _____	
O Paciente é tabagista? ( ) Ativo	( ) Ex-tabagista	( ) Nunca fumou
Já foi encaminhado ao Grupo de Tabagismo? ( ) Sim	( ) Não	( ) Recusou
O Paciente usa o equipamento conforme prescrição médica?		
( ) sim ( ) não	( ) menos tempo do que prescrito	( ) Apenas nas crises de falta de ar
O Paciente usa o aparelho toda noite?	( ) Sim	( ) Não



**APÊNDICE E – Relatório de Visita Domiciliar Mensal (USF) – Parte 2**

**Condições do Equipamento**

Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento?

sim       não

O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente?

sim       não

Se não, qual o problema detectado: \_\_\_\_\_

Demandas dos pacientes e familiares:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Orientações dadas aos pacientes:

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

Assinatura do Paciente ou Cuidador		Assinatura e carimbo do profissional