



DELIBERAÇÃO 185/CIB/2021

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 257ª reunião ordinária de 24 de agosto de 2021.

Considerando às frequentes dificuldades enfrentadas pelos municípios nas solicitações de ODP para pacientes pós-covid19;

Considerando às especificidades do uso de ODP dos pacientes pós-covid19 na alta hospitalar;

Considerando as DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR de 2019 da Secretaria de Estado da Saúde;

APROVA

As orientações para solicitação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) para o paciente pós-COVID19.

1. CRITÉRIOS E CLÍNICA:

A medida da SaO₂ por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada. Define-se a necessidade de oxigenoterapia prolongada o uso de oxigênio suplementar por pelo menos 15 horas por dia em pacientes com hipoxemia crônica.

Pacientes em recuperação da COVID-19 podem apresentar necessidade de ODP após a internação. Nessa condição, uma nova avaliação da indicação deverá ser realizada após 60 a 90 dias, visto que eles podem apresentar hipoxemia significativa prolongada, mas transitória. Em caso de paciente já internado, o processo para o pedido de ODP é feito diretamente pela unidade hospitalar, e o paciente deve receber alta somente após a liberação e instalação dos equipamentos necessários. Quando o paciente já está em domicílio em uso do equipamento, é necessário que se faça então a reavaliação da necessidade da ODP.

Para avaliar a hipoxemia crônica e a necessidade da manutenção da ODP temos os seguintes critérios:

- PaO₂ ≤ 55 mmHg ou SaO₂ ≤ 88% em repouso sem acidemia na gasometria arterial*
ou
- PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou SaO₂ ≤ 89% na gasometria arterial* associado a: Edema periférico; evidência de hipertensão pulmonar; hematócrito ≥ 55%.

*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). Nos casos em que o paciente estiver internado, a unidade hospitalar tem a responsabilidade de garantir a realização da gasometria arterial e demais exames que o médico regulador do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada achar necessários, conforme os critérios estabelecidos pela Diretriz Estadual para Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar de 2019 (disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/media-e-alta-complexidade/oxigenoterapia-domiciliar>).

Para o paciente que não se enquadra nos critérios da ODP descritos acima, se faz necessário avaliação da equipe de acompanhamento. Nos casos em que a gasometria não estiver nos parâmetros indicados acima, ou foi tentado o desmame sem sucesso, incluir o relatório do médico detalhando quadro clínico e a evolução da doença, mapa de oximetria com descrição da tentativa de desmame (se ocorreu) e justificativas fundamentadas da necessidade de manutenção da ODP para análise ou outro exame específico que justifique a manutenção da ODP. Em caso de gasometria próxima ou dentro dos padrões da normalidade, sugere-se avaliar se critério de suspensão da OPD. Para outras alterações, o médico assistente avalia e maneja conforme clínica e exames complementares.

2. PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS PARA A SOLICITAÇÃO:

2.1 Documentos obrigatórios:

- Ficha de solicitação do médico assistente com todos os campos de informações de identificação do paciente e de informações técnicas preenchidos (em anexo)
- Exame de gasometria arterial legível (dos últimos 30 dias), contendo: identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame (realizado em repouso e sem oxigênio) e/ou Relatório Médico detalhado
- Documento de identidade, CPF e cartão nacional de saúde, cópias legíveis e sem rasuras (frente e verso)
- Cópia do comprovante de residência
- Ficha de Cadastro do paciente para procedimentos de renovação (em anexo)
- Termo de compromisso assinado pelo Secretário Municipal de Saúde (em anexo)
- Ofício da Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria de Estado da Saúde solicitando o serviço via Coordenadorias Macrorregionais de Saúde/ Supervisão Regional de Saúde

2.2 Critérios de exclusão do usuário:

- Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais 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 na manutenção do equipamento disponibilizado;
- Pacientes que não possuem um responsável (cuidador) para dispensar os cuidados mínimos necessários;



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Comissão Intergestores Bipartite

- Melhora gasométrica de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- 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.

2.3 Critérios para a recusa do processo:

- Não preenchimento completo das fichas de solicitação médica, tais como: nome do paciente, diagnóstico, dados gasometria arterial, parâmetros dos equipamentos, data, assinatura e carimbo do médico solicitante;
- Não preenchimento completo da ficha de cadastro;
- Ficha de solicitação médica e exame de gasometria arterial com data superior a 30 dias;
- Exames sem identificação dos dados do paciente;
- Documentos ilegíveis;
- Não envio dos documentos obrigatórios.

Os modelos dos documentos: Ficha de cadastro, Ficha médica de solicitação e Termo de Responsabilidade são apresentados abaixo.

Para informações detalhadas, acessar as “DIRETRIZES PARA OXIGENOTERAPIA E VENTILAÇÃO DOMICILIAR” disponível em <https://www.saude.sc.gov.br/>

Florianópolis 24 de agosto de 2021

Assinado digitalmente

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO
Secretária de Estado da Saúde
Coordenador CIB/SES

Assinado digitalmente

DAISSON TREVISOL
Presidente do COSEMS
Coordenador CIB/COSEMS



Assinaturas do documento



Código para verificação: **1XRT831U**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



DAISSON JOSE TREVISOL (CPF: 824.XXX.669-XX) em 06/09/2021 às 13:08:46

Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 30/04/2021 - 15:22:31 e válido até 30/04/2022 - 15:22:31.

(Assinatura ICP-Brasil)



ANDRÉ MOTTA RIBEIRO (CPF: 674.XXX.290-XX) em 06/09/2021 às 13:42:50

Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/05/2021 - 18:41:36 e válido até 13/05/2121 - 18:41:36.

(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VtXzcwNTIfMDAxMzM0NzBfMTM1NTU0XzlwMjFfMVhSVDgzMVU=> ou o site

<https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00133470/2021** e o código **1XRT831U** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



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	Tabagismo atual?	() Sim** () Não
*Hospital: _____		**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] $PO_2 < 55$ mmHg ou Sat $O_2 < 88\%$ (a Sat O_2 será considerada APENAS quando o pH não demonstrar acidemia)

[2] PO_2 entre 55 e 60 mmHg ou Sat $O_2 < 89\%$ (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 O_2 :	() 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>



FICHA DE CADASTRO

1. Identificação do Paciente

Nome: _____

CPI: _____ Doc. Identidade: _____

Cartão Nacional de Saúde: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

CNP: _____ Município: _____ Micro: _____

Logradouro: _____ nº _____

Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

Telefones para contato: () () ()

2. Identificação do Responsável

Nome: _____

CPI: _____ Doc. Identidade: _____

Grau de Parentesco com o Paciente: _____ Telefone: () _____

3. Situação de Saúde do Paciente

Unidade de Saúde (PSF) Telefone: ()

Nome do técnico responsável: _____

Fumante () Quanto tempo: _____

Não fumante () Nunca fumou () Fumou por quanto tempo: _____

Parou há quanto tempo: _____ Média de cigarros por dia: _____

4. Parecer da Situação

Eu, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Local, data, telefone, assinatura e carimbo do técnico responsável:

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável:



TERMO DE RESPONSABILIDADE DA SMS

Eu, _____
CPF: _____ Secretário Municipal de Saúde ou Responsável pelo Serviço de
Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar do município de _____,
comprometo-me a cumprir e fazer cumprir as exigências da Secretaria de Estado da Saúde no referente
fornecimento de Oxigênio Medicinal e/ou Apareho de Ventilação Mecânica Domiciliar para o (a)
paciente _____ com
indicação do Tratamento, residentes na jurisdição deste município, cadastrados no Serviço de Oxigenoterapia e
Ventilação Domiciliar da Secretaria de Estado da Saúde.

Responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde:

1. Indicar um técnico responsável pelo Serviço de Oxigenoterapia Ventilação Domiciliar no município;
2. Montar o processo de solicitação de acordo com os Critérios do Serviço;
3. Acompanhar a instalação dos equipamentos de Oxigenoterapia e/ou Ventilação Mecânica Domiciliar, em conjunto com a empresa prestadora de serviço, no domicílio de paciente e enviar o relatório de instalação para a SES;
4. Assistir, acompanhar e orientar os pacientes em domicílio, por meio das equipes do PACS/PSE, e providenciar/atender solicitações pertinentes à manutenção do Serviço;
5. Enviar mensalmente, relatório de acompanhamento/visitas domiciliares para a SES;
6. Controlar o tratamento/consumo autorizado pela SES;
7. Garantir a manutenção/otimização do tratamento com avaliações médicas sistemáticas e realização do exame de gasometria arterial, quando necessário;
8. Garantir reavaliação médica para renovação do processo conforme data especificada na Guia de Autorização de Serviço (GAS);
9. Notificar qualquer alteração referente ao paciente (alta, óbito, endereço etc.) ao Serviço de Oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar;
10. Garantir a continuidade do serviço no município, na saída do técnico responsável indicar imediatamente outro para assumir o trabalho, repassando a rotina e comunicando a SES.

CIENTE DA SUSPENSÃO DE FORNECIMENTO CASO NÃO SEJAM CUMPRIDAS AS EXIGÊNCIAS
CITADAS, LEO E ASSINO.

LOCAL _____

DATA

ASSINATURA DO SECRETÁRIO
MUNICIPAL DE SAÚDE