DECRETO Nº 007, DE 10 DE JANEIRO DE 2022

"Aprova o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no Município de Itapira e dá outras providências."

ANTONIO HÉLIO NICOLAI, Prefeito Municipal de Itapira, no uso de suas atribuições legais;

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada no Município de Itapira, conforme anexo que fica fazendo parte integrante deste Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIRA, em 10 de janeiro de 2022.

ANTONIO HÉLIO NICOLAI
PREFEITO MUNICIPAL

Registrado em livro próprio na Divisão de Atos Oficiais e afixado no Quadro de Editais na data supra.

SANDRO CÉSAR OLIVEIRA ALMEIDA
SECRETÁRIO DE GOVERNO

Publicado em: 12 / 01 / 22
Jornal Oficial de Itapira - Ed.: 1360 Pág. 03|09

ANEXO I

DIRETRIZES DO PROGRAMA ATENDIMENTO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NO MUNICÍPIO DE ITAPIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ITAPIRA

2021

DIRETRIZES DO PROGRAMA ATENDIMENTO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Prefeito
Antonio Hélio Nicolai

Secretário
Vladen Vieira

Grupo Técnico
Dr Marcelo Hendrigo Cesto
Raphaela Vieira Megda Porcelli
Daniele Cecília Witter

PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR - OTD

A **Oxigenoterapia Domiciliar** é um tratamento que oferece uma quantidade extra de oxigênio, pré-determinada por um médico, para o paciente com problemas pulmonares ou doenças respiratórias como fibrose pulmonar (FP) ou displasia broncopulmonar (DBP).

O Programa de Oxigenoterapia Domiciliar tem como objetivo fornecer aparelhos de concentradores de oxigênio, aparelhos de CPAP/BiPAP em nível domiciliar para pacientes com diagnóstico de Insuficiência Respiratória Crônica, portadores de apneia do sono moderada e/ou grave e doenças neuromusculares, residentes em Itapira. Este programa tem por objetivo melhorar a qualidade de vida de paciente insuficiência respiratória crônica realizando a prevenção e/ou a diminuição da internação hospitalar, resultando na otimização de leitos hospitalares, ocupados por pacientes com necessidade exclusiva de oxigenoterapia.

Público alvo

Serão passíveis de utilização de Oxigenoterapia Domiciliar (OTD) os portadores de insuficiência respiratória crônica, cuja gasometria se enquadrar nos seguintes parâmetros:

a) PO2 menor que 55 mmhg ou SaO2 < 88%; ou

b) PO2 menor que 60 mmhg e maior que 55 mmhg ou SaO2 < 89%, havendo policitemia (hematócrito > 55%) e/ou sinais clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos de Cor Pulmonale Crônico, com justificativa em relatório médico.

Documentos necessários para o cadastro

Para efeito de cadastro e seleção ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (OTD) deverão ser apresentados os seguintes exames:

a) Laudo, emitido por médico credenciado no SUS, nas seguintes especialidades: pneumologista e/ou médico do PSF para concentrador e, otorrinolaringologista para CPAP/BiPAP, comprovando as condições clínicas do paciente e constatando diagnóstico de pneumopatia obstrutiva crônica;

b) Requerimento de Oxigenoterapia Domiciliar, com todos os campos preenchidos;

c) Exame de imagem (tomografia ou raios-X);

d) Eletrocardiograma ou Ecocardiograma constatando sinais de Cor Pulmonale Crônico;

e) Hemograma (mês vigente);

f) Gasometria arterial (semana do pedido);

g) Histórico das internações e/ou acompanhamento ambulatorial;

h) Polissonografia (especifico para CPAP/BiPAP);

i) CPF, RG e Comprovante de Residência.

Atividades das equipes de saúde

As equipes de saúde das Unidades Básicas (UBS) deverão:

a) Realizar o acompanhamento periódico da utilização do aparelho pelo usuário periodicamente, e com intervalo máximo de 90 dias, com consulta de enfermagem e médica.

Critérios para instalação do equipamento da OTD

a) A instalação do aparelho no domicilio do usuário será efetuada em caráter provisório por um período de 90 (noventa) dias.

b) Após o período provisório, o paciente cadastrado deverá apresentar nova gasometria arterial, para efetivação da cessão de uso do equipamento e verificação dos critérios técnicos indicativos do Programa de OTD;

c) Efetivado o empréstimo, o paciente deverá realizar exame de gasometria arterial a cada 06 (seis) meses, visando à continuidade do tratamento clínico dos pacientes cadastrados pelo serviço onde é acompanhado.

d) Caso seja comprovada a não necessidade do equipamento, o aparelho será recolhido;

e) O usuário cadastrado no Programa de OTD deverá informar ao Município qualquer alteração de endereço e telefone domiciliar/celular.

f) Em caso de óbito os familiares deverão comunicar o fato ao setor de Serviço Social, em um prazo de até 72 (setenta e duas) horas.

Organização Técnica

A Secretaria Municipal de Saúde deverá instituir uma Comissão Técnica para acompanhamento e avaliação do Programa de OTD com as seguintes atribuições:

a) Estabelecer o fluxo de exames e encaminhamentos, de forma a agilizar a dispensação, bem como a avaliação de risco;

b) Analisar os critérios de inclusão e exclusão do Programa de OTD;

c) Realizar a discussão de casos com as equipes de saúde das UBS, quando necessário.

Avaliação

A Comissão Técnica avaliará, periodicamente, a implantação e funcionamento do Programa OTD.

Fluxo do Programa de Oxigenoterapia

O profissional de saúde deverá preencher a Ficha de Requerimento para OTD, solicitando a inclusão do paciente no Programa e enviá-la para o e-mail: saude.atendimento@itapira.sp.gov.br e servicosocialhmi@uol.com.br

↓ ↑ O responsável pelo programa de oxigenoterapia avaliará todos os casos enviados, analisará os critérios de solicitação de inclusão no Programa de Oxigenoterpia Domiciliar (OTD) e devolverá as informações técnicas ao serviço encaminhador;

↓ O profissional encaminhador deve manter o programa de oxigenoterapia atualizado a respeito de qualquer alteração relativa aos encaminhamentos (ex.: óbitos, alteração de indicação do uso, etc.)

↓ A Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizará, após avaliação e verificação da disponibilidade, a dispensar o equipamento.

↓ As Unidades Básicas de Saúde acompanharão o cadastro do paciente e a utilização do equipamento.

Avaliação de Risco para Inclusão no Programa Oxigenoterapia Domiciliar

01) Pacientes dentro dos critérios de indicação prévia

02) Internados → prioridade de alta (indicações de internação somente pelo uso de O^2)

a) Domiciliares → avaliação das condições de necessidade

03) Critérios clínicos:

a- Sinais de cor pulmonale

b- Gasometria

c- Espirometria

d- Agudo x crônico

e- Necessidade de uso horas / dia

04) Grau de dependência:

a- Parcial

b- Total (acamados)

05) Condições adversas:

a- Condições de moradia

b- Condições de deslocamento

c- Renda familiar

REQUERIMENTO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: _____

DATA NASC: ___/____/_____ RG: _____ CPF: _____

CARTÃO SUS: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

EQUIPAMENTO:

( ) CONCENTRADOR

( ) CPAP

( ) BiPAP

INDICAÇÃO:

HD: _____

TRAQUEOSTOMIA: ( ) SIM ( ) NÃO

INTERNADO: ( ) SIM ( ) NÃO

MEDICAÇÃO EM USO:

_____

_____

_____

_____

_____

MÉDICO: _____

DATA: ___/____/_____