



PREFEITURA DE Balsa NOVA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO DE EMPRÉSTIMO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR PROLONGADO

ELABORARADO

COORDENADORA APS

CAROLINE ALBERTON GASPARETTO

ENFERMEIRA SMS

PATRICIA DE FATIMA CABOSKI RIBEIRO

ASSISTENTE SOCIAL

FERNANDO CAMARA

Balsa NOVA

2025

INDICE

1 – INTRODUÇÃO	03
2 -JUSTIFICATIVA	03
3 -ABRANGÊNCIA	04
4 - DESCRIÇÃO DO PROCCEDIMENTO	05
5 - RELATORIO DA VISITA DOMICILIAR PELO ASSISTENTE SOCIAL	07
6 - CRITÉRIOS DE ILEGIBILIDADE DO MUNICÍPIO	07
7 - EMPRÉSTIMO PROVISÓRIO PELO MUNICÍPIO DO CONCENTRADOR	07
8 - DEVOLUÇÃO DE EMPRÉSTIMO REALIAZADO PELO MUNICÍPIO	08
9 - RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO	08
10 - HIGIENIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO/ACESSÓRIOS	09
11 - DISPOSIÇÕES GERAIS	09
12 - FLUXOGRAMA RESUMIDO DE SOLICITAÇÃO	10
13 - FICHA TÉCNICA DE VISITA DOMICILIAR	12
14 - FICHA INICIAL PARA DPOC INICIAL	13
15 – MODELO TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA EMPRÉSTIMO DO CONCENTRADOR DO MUNICÍPIO	15
16 - IMAGEM DO CONCENTRADOR	16
17 – BIBLIOGRAFIAS	16

1. INTRODUÇÃO

Este protocolo tem como objetivo normatizar o fluxo para empréstimo de equipamentos de oxigenoterapia pela Secretaria Municipal de Saúde Balsa Nova, garantindo equidade, transparência e segurança aos usuários enquanto aguardam a liberação definitiva do Estado.

A falta de oxigênio tem um impacto significativo na subsistência da vida dos pacientes, o uso na desospitalização em uso domiciliar traz conforto e bem estar geral, permitindo que os mesmos desfrutem de uma vida plena e ativa.

A oxigenoterapia domiciliar prolongada melhora a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência respiratória crônica, a correção da hipoxemia arterial reduz a dispnéia e melhora o funcionamento cerebral.

A enfermagem tem um papel de grande importância no acompanhamento da implementação dos cuidados sistematizados, a educação em saúde e o fortalecimento do vínculo com paciente sendo uma estratégia essencial que permite uma abordagem humanizada e eficaz.

Nos dias atuais a oxigenoterapia é tratamento eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia, pois melhora seu estado físico, psíquico e social, diminuindo a quantidade de internação hospitalar, causados principalmente pela exacerbação e também pela própria condição de hipoxemia.

Deste modo a Secretária municipal de saúde de Balsa Nova, regulariza a dispensação de oxigenioterapia domiciliar prolongada e acompanhamento regular desses pacientes.

2. JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece metas internacionais de segurança do paciente, visando à promoção de melhorias na assistência ao paciente em situações consideradas como sendo de maior risco. Todas as instituições de saúde adotam as metas, a fim de oferecer um ambiente cada vez mais seguro aos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. Neste contexto, a segurança do paciente é a

redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Assim, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. Logo, a Atenção Primária em Saúde (APS) possui especificidades quanto à segurança do cuidado, que precisam ser identificadas e adequadamente abordadas, de forma a oferecer uma assistência segura aos usuários. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado.

A identificação correta do paciente é um dos primeiros cuidados para uma assistência segura. Portanto, devemos sempre confirmar a identificação do paciente antes de realizar: consultas; exames; procedimentos e tratamentos. Para identificação correta do usuário serão exigidos 03 parâmetros diferentes: **“NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO, NOME DA MÃE”**. Todos os profissionais deverão verificar esses parâmetros, confirmando as informações fornecidas pelo usuário em seu cadastro no sistema de prontuário eletrônico e-SUS e/ou no CADSUS. Frente ao exposto, da relevância do tema, justifica-se a importância deste protocolo pela necessidade da identificação segura do paciente.

O oxigênio é essencial a vida, e para algumas doenças são necessários a enriquecimento suplementar de ar para ter uma melhora em sua qualidade de vida.

A suplementação de oxigênio é fundamentada no conceito que é imprescindível para a homeostase orgânica adequada a manutenção de um nível estável e mínimo de oxigênio no sangue.

3. ABRANGÊNCIA

O paciente/responsável legal deve entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde para solicitação após cadastro junto ao Estado.

O protocolo deverá ser aplicado dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e no Centro Médico Bom Jesus (CMBJ), determinando com segurança que os atendimentos e procedimentos preconizados sejam executados efetivamente e com coerência no

paciente certo, com intuito de contemplar todos os pacientes que necessitam de empréstimo domiciliar de oxigênio prolongado.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Cadastro Estadual

1. O paciente interessado deverá, primeiramente, realizar o cadastro junto ao Estado, por meio da Secretaria Municipal de Saúde.

2. Para efetivação do cadastro, será necessário apresentar toda a documentação exigida pelo Estado, que inclui:

Avaliação dos documentos e exames do paciente, pelo Médico Auditor da Regional de Saúde, estabelecendo uma ordem de prioridade de instalação de acordo com dois critérios:

3) Quadros clínicos mais graves e/ou com diagnósticos em estágios mais avançados. Baseando-se no fato de que a grande maioria dos usuários do programa tem diagnóstico de DPOC, utilizar classificação baseada no Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):

Estágio 0: Risco de DPOC

Caracteriza-se por tosse crônica e produção de expectoração, em indivíduos expostos à inalação de partículas ou gases nocivos. A função pulmonar, avaliada através de espirometria, é normal.

Estágio I: DPOC Ligeira

Caracteriza-se por limitação ligeira do débito aéreo e, em regra, mas nem sempre, acompanha-se de sintomas. A espirometria revela uma relação $FEV1/FVC < 70\%$ e um $FEV1 \geq 80\%$ do predito.

Estágio II: DPOC Moderada

Caracteriza-se por agravamento da limitação ventilatória e, geralmente, por progressão de sintomas, desenvolvendo-se dispnéia em situação de esforço. A espirometria revela uma relação $FEV1/FVC < 70\%$ e um $FEV1 < 80\%$ do predito, mas $\geq 50\%$.

Estágio III: DPOC Grave

Caracteriza-se por uma limitação ventilatória mais grave. A repetição de exacerbações tem impacto negativo na qualidade de vida do doente e requer controlo apropriado, podendo colocar a vida em risco. A espirometria revela uma relação $FEV1/FVC < 70\%$ e um $FEV1 < 50\%$ do predito, mas $\geq 30\%$.

Estágio IV: DPOC Muito Grave

Caracteriza-se por limitação ventilatória muito grave, frequentemente associada a insuficiência respiratória crônica ou falência do coração direito. A espirometria revela uma relação $FEV1/FVC < 70\%$ e um $FEV1 < 30\%$ do predito ou, então, sendo maior que este valor desde que exista insuficiência respiratória associada.

Após conferência e organização da documentação, será feito:

- Ficha Inicial preenchida de forma legível, em todos os seus itens exceto os opcionais, pelo médico que fez a prescrição da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (em anexo na folha 12/13)
- Anexar à prescrição do médico assistente contendo fluxo de oxigênio, via de administração, equipamento e tempo diário de uso.
- Cópia do Exame de Gasometria Arterial colhida após 30 minutos de repouso, que deverá ser recente – 1 mês, seu parâmetro deve $< 90\%$ para empréstimo do Estado e pelo Município de Balsa Nova seguirá a mesma regra para concessão.
- Anexar Cópia de Exames de Prova de Função Pulmonar (opcional), conforme solicitação médica.
- Exame complementares a critério médico.
- Anexar uma cópia da documentação pessoal do paciente com foto (RG / Carteira de Habilitação / etc...).
- Cópia do Cartão Nacional do SUS.
- Anexar comprovante de residência no nome do paciente e atualizado, sendo no máximo dos últimos 3 meses.
- Telefone Residencial e Telefone Celular.
- Anexar cópia do documento de identificação (RG ou CNH) do responsável pelo paciente.

5. RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR ASSSISTENCIAL QUE SE DEVE VERIFICAR:

- ✓ Condições de Escolaridade;
- ✓ Condições da Residência;
- ✓ Renda dos integrantes da família (familiar);
- ✓ Relatar nome, grau de parentesco e telefone para contato de quem será o cuidador do paciente (encaminhando cópia do documento de identificação);
- ✓ Mensalmente o enfermeiro da UBS, fará a visita domiciliar e preenchimento de ficha de acompanhamento o qual será enviado para o Estado.

6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO MUNICÍPIO

1. Serão considerados elegíveis apenas pacientes que atendam integralmente aos critérios técnicos estabelecidos pelo Estado, sendo que o valor de referência para gasometria deve ser com parâmetro de $< 90\%$ para empréstimo pelo Estado e o Município de Balsa Nova seguirá a mesma regra para concessão.

2. O município seguirá os mesmos critérios, de forma igualitária, para concessão do empréstimo provisório.

7. EMPRÉSTIMO PROVISÓRIO PELO MUNICÍPIO DO CONCENTRADOR

1. O empréstimo municipal será disponibilizado exclusivamente a pacientes já cadastrados junto ao Estado, que estejam no período de aguardo da liberação, o qual pode levar até 60 (sessenta) dias podendo aumentar conforme disponibilidade e que atendam os critérios do Estado.
2. Na hipótese de não haver disponível para empréstimo no município, a responsabilidade é do paciente/familiar para providenciar o mesmo;

3. O município de Balsa Nova não se responsabilizará a realizar o empréstimo dos concentradores de O², mas havendo disponibilidade o mesmo será emprestado;
4. O município de Balsa Nova, em hipótese alguma, poderá indicar empresa que realiza locação dos equipamentos, sendo de exclusividade da família realizar o contato com as empresas que realizam locação de equipamentos e abastecimento dos cilindros de O²;
5. O empréstimo do concentrador terá caráter temporário e substitutivo, válido apenas até a entrega do equipamento fornecido pelo Estado.
6. A concessão está condicionada à apresentação do protocolo de cadastro estadual ativo, além da documentação clínica exigida.
7. Outros equipamentos utilizados para oxigenoterapia como CPAP/COUGHASSIST o município não disponibiliza para empréstimo, somente pelo Estado.

8. DEVOLUÇÃO DE EMPRÉSTIMO REALIZADO PELO MUNICÍPIO

Após a liberação do equipamento definitivo pelo Estado, o paciente ou familiar responsável deverá devolver imediatamente o equipamento para o município em perfeitas condições de uso e higiene no mesmo local retirada.

Em caso de melhora clínica do paciente ou óbito, responsável/familiar sinalizar o Secretaria Municipal de Saúde através das Unidade Básica de saúde, para efetuar a devolução.

9. RESPONSABILIDADE DO USUÁRIO

1. Não fumar, em hipótese alguma fumar perto do equipamento, pois corre o risco de explosão e queimaduras graves;
2. Seguir adequadamente o tratamento farmacológico;
3. Manter o equipamento de oxigenoterapia sob condições adequadas de segurança e higiene;
4. Informar melhora clínica/laboratorial conforme critério de ODP da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia;

5. Informar mudança de residência /município;
6. Para crianças ou pacientes de alto grau de dependência ter responsável/cuidador para manuseio, relatar nome, grau de parentesco, com telefone do nome do cuidador do paciente (ter foto de documento de identificação);
7. Ler e assinar o termo de responsabilidade de concessão de equipamento;
8. Passar por consulta médica a cada seis meses ou quando houver necessidade para nova avaliação médica, atualizando o cadastro pelo médico prescritor inicial/ ou médico da equipe da Estratégia de Saúde da Família da área de abrangência do usuário;
9. É de responsabilidade do paciente/responsável realizar contato com a empresa especializada para realizar o reabastecimento do cilindro do Estado, que disponibilizará mensalmente 2 recargas por cilindro, após concessão.

10. HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS/ACESSÓRIOS

O equipamento e acessórios reutilizáveis (câmulas, máscaras e conexões) devem ser higienizados pelo usuário regularmente para evitar infecções e proliferação de bactérias, para garantir o bom funcionamento do sistema.

- Lavar com água morna e sabão neutro;
- Enxaguar com água filtrada ou fervida (morna);
- Secar completamente antes de utilizar;

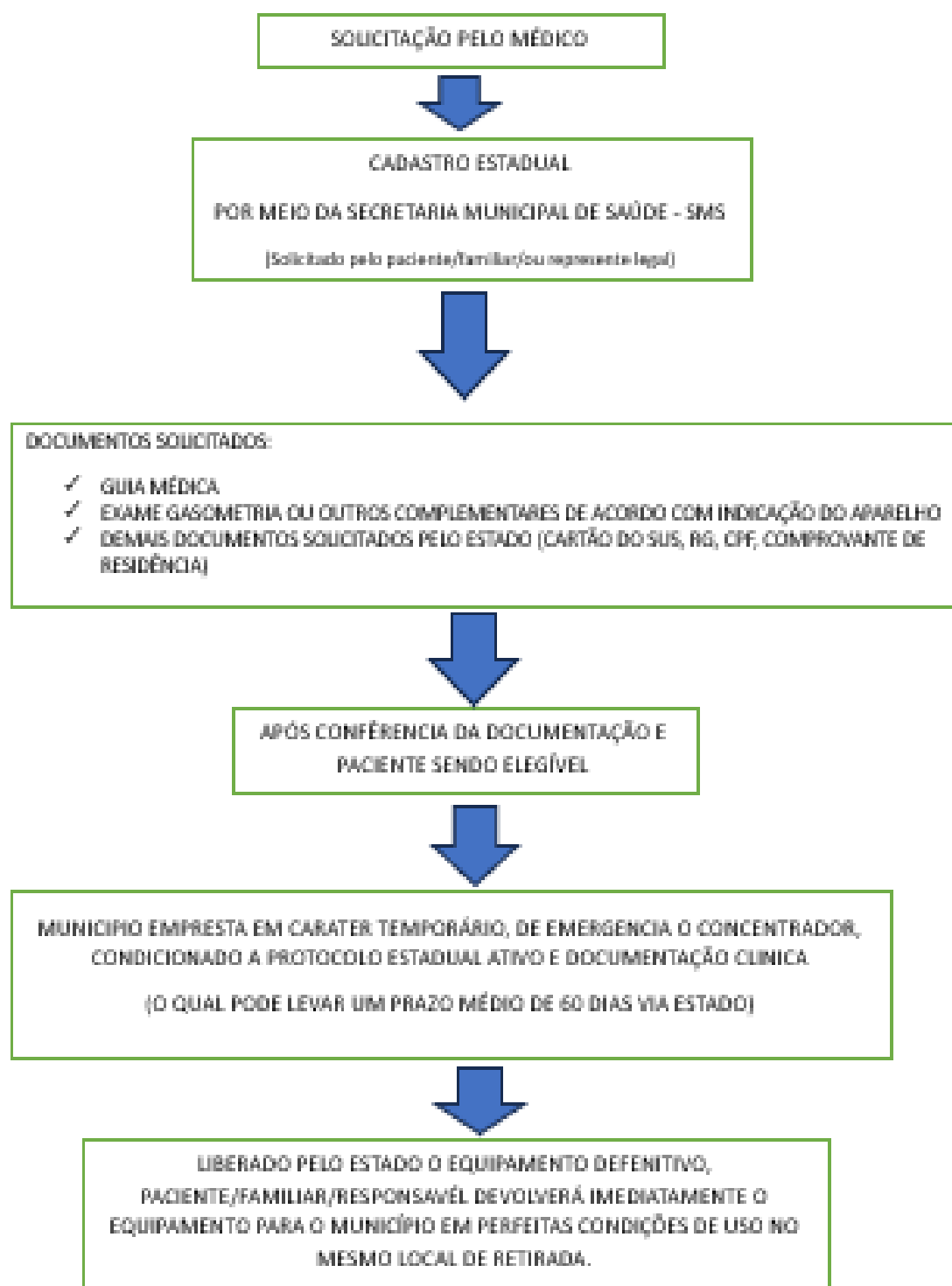
Obs.: Lembrando que antes da manipulação dos equipamentos a higiene nas mãos deve ser realizada com água e sabão, quando for realizar a instalação e troca no paciente com luvas.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

1. O município atuará como apoio temporário, não substituindo a responsabilidade do Estado pelo fornecimento definitivo da oxigenoterapia.

2. Informativo por parte da SMS do Município de residência do paciente, com informação de qual equipe multidisciplinar será responsável pelo acompanhamento do quadro clínico do paciente que utiliza a ODP, identificando nome e telefone de contato da equipe.
3. A SMS do município de residência do paciente enviara mensalmente a Regional de Saúde o relatório de visita domiciliar de todos os pacientes que utilizam ODP de seu município;
4. É de total responsabilidade do Município, manter a documentação sempre atualizada, cabendo o encaminhamento para a 2ª RSM/ SESA.
5. Paciente/responsável caso não tenha recebido termo de ciência de aumento da luz (médico/hospital de solicitação de origem), será emitido pela SMS e o paciente/responsável tem a responsabilidade de encaminhar para Copel após instalação dos equipamentos para que não haja desconto mensal devido aumento do consumo de energia pelos equipamentos;
6. Este protocolo entra em vigor na data de sua publicação e deverá ser seguido integralmente pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde deste município.

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA



Caso o município não tenha o equipamento para empréstimo (concentrador de O_2), o usuário deverá adquirir por meios próprios até chegada do empréstimo pelo Estado

VISITA DOMICILIAR MENSAL		MÊS		ANO	
NOME:					RS:
MUNICÍPIO					
DATA DA VISITA					
NOME E ASSINATURA DO(S) PROFISSIONAL(IS) QUE REALIZOU(ARAM) A VISITA					
Nº PROFISSIONAL(IS)					
DADOS CLÍNICOS					
DIAGNÓSTICO					
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE				CRM	
MEDICAÇÃO PRESCRITA:					
DATA DE INÍCIO DE UTILIZAÇÃO DO APARELHO:					
LITROS POR MINUTO PRESCRITAS:			LITROS POR MINUTO USADAS:		
HORAS DE UTILIZAÇÃO: DIA 24		HORAS:		NOITE: 1 HORAS:	
CONDIÇÕES GERAIS DO PACIENTE:					
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PELE (VERIFICAR CONTATO COM EQUIPAMENTO)					
☐ PELE ÍNTEGRA		☐ PELE COM VERMELHIDÃO		☐ PELE COM LESÃO	
EQUIPAMENTOS/ESTADO DE CONSERVAÇÃO					
VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (NMI):					
A) NMI		☐ BOM		☐ RUIM	
B) NMI		☐ BOM		☐ RUIM	
C) VENTILADOR PULMONAR		☐ BOM		☐ RUIM	
D) OXÍMETRO DE PULSO		☐ BOM		☐ RUIM	
E) TRAQÜÊA		☐ BOM		☐ RUIM	
2) MÁSCARA	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
3) FILTROS			☐ BOM	☐ RUIM	
4) UMIDIFICADOR			☐ BOM	☐ RUIM	
OBS:					
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP):					
1) CONCENTRADOR	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
2) CILINDRO	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
3) FLUXÔMETRO	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
4) CATETER NASAL	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
5) UMIDIFICADOR	☐ BOM	☐ RUIM	☐ BOM	☐ RUIM	
RECEBE MANUTENÇÃO DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO MENSALMENTE?					
QUAL A DATA DA ÚLTIMA VISITA?					
QUAIS ORIENTAÇÕES FORAM FEITAS A RESPEITO DO USO E DA CONSERVAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS?					
QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHAM O PACIENTE EM DOMÍLIO?					
MÉDICO(A):			CRM:		
ENFERMEIRA:			COREN:		
FISIOTERAPEUTA:			CREFTO:		
OUTROS ☐ QUALIS?					
NOME E ASSINATURA DO PACIENTE OU DO CUIDADOR:					

FICHA INICIAL DE OXIGENOTERAPIA

1. Nome.....

2. Idade..... 3. Data de Nascimento.....

4. Sexo: ☐ M ☐ F

5. Diagnóstico Clínico que provocou a necessidade de O2P.....

6. Tempo de duração da oxigenação.....

7. Motivações, em sua opinião, para a oxigenação.....

8. Ex. CPAP: ☐ N ☐ S R- ASSESSMENT DE FICHA DE RAÇÃO DO INAI ANDRÉ

☐ N ☐ S Tripla

☐ N ☐ S Ipa

9. Pa Tripla: ☐ N ☐ S ☐ S R..... 10. Por que foi usada tripla?

11. Modo de utilização da pressão: ☐ N ☐ S

12. Outros.....

Observações (incluindo em si, incluindo, após, resposta de 24 horas, a após 48 dias, após a última oxigenação, com oxigenação adicional).

Data: / /

13. pH	14. PaCO2	15. PaO2
16. HCO3	17. BE	18. SaO2

Respiratório (Spontâneo), Data: / /

19. PVP	20. VPP	21. VPP/ESP
---------	---------	-------------

22. Taxa de ventilação de 8 litros (Spontâneo).....

23. Motivação da O2P, com, motivação, motivação, da pressão de 8 litros (Spontâneo).....

Prescrição da Oxigenoterapia

24. Prescrição Comorbidade de O2 ☐.....

~~25.~~ Data de início de O2 e/ou alta hospitalar, regularmente pela Secretaria de Saúde de Saúde de Paraná.

24. Placa do CG _____ I Justo (plta)

_____ II Justo (justa)

_____ III Justo (justo)

25. Tempo da Uva.

☐ 1. 20 dias

☐ 2. 15 dias

26. Referências dos Delírios em: a) Tempo da CG prescrita.

27. Voto do médico/psiquiatra.

☐ 1. Certeza total.

☐ 2. Certeza parcial.

☐ 3. Dúvida da UVA

Data da entrega: _____/_____/_____

Médico responsável pela prescrição:

Nome: _____ CRM: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para devidos fins, que eu, _____,
residente em _____, me comprometo e
responsabilizo pelo uso, conservação e devolução de (01) Concentrador de
Oxigênio, para ser utilizado pelo paciente _____
residente no mesmo endereço.

Responsável
Telefone: (41) _____ - _____

Funcionário CMBJ

Data de Devolução ____ / ____ / ____

16 – IMAGEM CONCENTRADOR



Imagem meramente ilustrativa do concentrador, sem os acessórios.

17. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ <https://new.famema.br/wp-content/uploads/2024/03/REL-PROD-TEC-2.pdf>
- ✓ <https://saude.sorocaba.sp.gov.br/wp-content/uploads/2025/07/pod-protocolo-20250516v21.pdf>
- ✓ https://saude.saotiago.mg.gov.br/wafx_res/Files/Protocolo_Oxigenioterapia_Do_miciliar_Prolongada_ODP_VRS_01_SAO-TIAGO-MG.pdf
- ✓ [https://www.google.com/search?q=CHECKLIST+PARA+SOLICITA%C3%87%C3%83O+DE+ODP+\(CONCENTRADOR+DE+O%C2%B2\)&oq=CHECKLIST+PARA+SOLICITA%C3%87%C3%83O+DE+ODP+\(CONCENTRADOR+DE+O%C2%B2\)&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABjvBdIBCDEyNjlqMGo3qAIIsAIB8QWfljXQZsGozg&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=CHECKLIST+PARA+SOLICITA%C3%87%C3%83O+DE+ODP+(CONCENTRADOR+DE+O%C2%B2)&oq=CHECKLIST+PARA+SOLICITA%C3%87%C3%83O+DE+ODP+(CONCENTRADOR+DE+O%C2%B2)&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABjvBdIBCDEyNjlqMGo3qAIIsAIB8QWfljXQZsGozg&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- ✓ LUMEN ET VIRTUS, São José dos Pinhais, v. XVI, n. XLIX, p. 6183-6195, 2025 6195