



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Serviços de Internação
Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar

Nota Técnica N.º 4/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD

Brasília-DF, 26 de maio de 2020.

ASSUNTO: FLUXO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (POD) DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF)

DO OBJETIVO: ESTABELECE O FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR - POD DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF)

1. DA JUSTIFICATIVA

No Distrito Federal, até 2006, todos os pacientes que tinham indicação de oxigenoterapia domiciliar só conseguiam ter acesso a este tratamento por meio de demanda judicial. Em agosto do mesmo ano, a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal instituiu o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD), com base no Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, com o objetivo de facilitar o acesso e organizar o acompanhamento dos primeiros 200 pacientes.

Essa demanda rapidamente aumentou e atualmente atende-se mais de 1.000 pacientes de oxigenoterapia domiciliar, que são admitidos e monitorados pelas Equipes de Atenção Domiciliar (EAD).

Considerando o aumento da demanda e a diversidade de perfis clínicos que requereram a inclusão de novos equipamentos (concentrador portátil e de alto fluxo) ao POD, foi identificada a necessidade de revisão do fluxo de acompanhamento e monitoramento destes pacientes.

Assim, esta Nota Técnica tem o objetivo estabelecer o funcionamento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar - POD para garantir eficiência ao acesso e monitoramento dos pacientes aos equipamentos disponíveis no POD, com a finalidade de diminuir o número de intercorrências e internações desnecessárias.

2. CONTEÚDO

2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (1), as evidências científicas mostram benefícios terapêuticos inquestionáveis da ODP em pacientes com hipoxemia crônica decorrente da DPOC.

Para o diagnóstico clínico é recomendada a realização de gasometria arterial, e é aceita como indicação da necessidade de ODP a demonstração de $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$, ou entre $56\text{--}59\text{mmHg}$ na presença de sinais sugestivos de cor pulmonale, insuficiência cardíaca congestiva ou eritrocitose (hematócrito $> 56\%$). Sendo este exame considerado de baixa complexidade, pacientes classificados na modalidade AD2 podem ter a coleta feita em domicílio, de acordo com a avaliação caso a caso. (2)

a) A gasometria para admissão ao POD somente será considerada quando:

- Realizada em até 30 dias;
- Realizada em ar ambiente;
- Paciente estiver estável clinicamente e com abordagem terapêutica otimizada;
- Quando apresentada prescrição médica detalhada (anexo I) da necessidade da oxigenoterapia;
- SE A INDICAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA FOR REALIZADA DURANTE EXACERBAÇÃO QUE LEVOU A INTERNAÇÃO, NOVA GASOMETRIA SERÁ PROPOSTA COM 3 MESES PÓS-ALTA HOSPITALAR.

b) A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações:

- Crianças e adolescentes < 16 anos – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 93\%$ (para os casos mais graves, como crianças com doença pulmonar neonatal crônica) (3) já é suficiente para indicação e manutenção de ODP; nesta população, a oximetria de pulso deve ser usada sendo preferida em detrimento a gasometria arterial (3) (4).
- Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldades de locomoção – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP, exceto nos casos de hipoxemia devido à hipoventilação.
- Pacientes que apresentarem exame recente de polissonografia ou oximetria noturna, em uso de oxigênio, que evidencie dessaturação durante o sono, exceto nos casos de hipoxemia devido à hipoventilação.
- Pacientes que apresentarem Teste de Caminhada de 6 minutos que evidencie dessaturação e/ou melhora da tolerância ao exercício com o uso de O_2 .
- Pacientes sem pneumopatia e com doença sem possibilidade de cura (cuidados paliativos) em fase avançada (doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome de imunodeficiência adquirida e outras) – nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação de ODP.

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

2.2.1 CRITÉRIOS CLÍNICOS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (1) e portaria do Ministério da Saúde (MS) para DPOC (5) constituem indicações para o POD:

• Oxigenoterapia de forma contínua:

- a) $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$ ou $\text{SaO}_2 < 88\%$ ou;
- b) PaO_2 entre $56\text{--}59\text{mmHg}$ ou $\text{SaO}_2 = 89\%$, associado a;
- c) edema por insuficiência cardíaca ou;
- d) evidência de cor pulmonale ou;

e) hematócrito > 56%.

* Requerimentos: gasometria após otimização do manejo clínico e em ar ambiente; revisar prescrição inicial após três meses de admissão ao programa. Demais revisões devem ser realizadas a cada seis meses.

- **Oxigenoterapia intermitente:**

Oxigenoterapia durante exercício:

a) SaO₂ < 88% ou PaO₂ < 55mmHg durante atividade física ou;

b) Demonstração do aumento da tolerância ao exercício com O₂ por meio do teste de caminhada de 6 minutos, estando ou não em programa de reabilitação pulmonar.

Oxigenoterapia noturna:

a) SaO₂ < 88% ou PaO₂ < 55mmHg durante o sono com evidência de cor pulmonale, eritrocitose, ou outro distúrbio físico ou mental atribuído a hipoxemia ou;

b) Quando a hipoxemia relacionada ao sono é corrigida ou melhorada pela suplementação de O₂, atestada por polissonografia ou oximetria noturna.

2.2.2 CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS

a) Gerais:

Para o cadastro do paciente serão necessários os seguintes documentos:

- Relatório Médico para Admissão e Acompanhamento - Programa de Oxigenoterapia Domiciliar. (Anexo I)
- Cartão SUS;
- Cópia da Identidade e CPF do paciente;
- Cópia da Identidade e CPF do responsável pelo paciente;
- Comprovante de residência e domicílio no DF (conta de luz atual e em nome do paciente ou familiar, comprovado o parentesco e coabitação); em caso de imóvel alugado, deverá ser apresentado contrato de locação ou declaração do dono do imóvel (Anexo II).
- Termo de Responsabilidade e Esclarecimento assinado pelo paciente ou responsável legal. (Anexo III)

Os pacientes poderão ser beneficiados pela Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE (PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 630, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2011 OS MINISTROS DE ESTADO DE MINAS E ENERGIA E DA SAÚDE) (6), de acordo com os critérios neste estabelecidos.

O responsável pelo paciente deverá ser orientado pela unidade solicitante a realizar a inscrição no Cadastro Único no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de sua região e comparecer à companhia energética com os formulários (Anexo IV) e relatório médico, devidamente preenchidos pela Equipe de Saúde.

b) Concentrador Portátil:

O fornecimento do concentrador portátil está previsto para pacientes incluídos no POD, avaliados por ordem cronológica e conforme disponibilidade dos equipamentos:

- Em uso de concentrador estacionário de baixo fluxo; e,
- Com indicação de uso contínuo; e,
- Não restrito ao leito; e,
- O fluxo indicado seja até 2L/min.

c) Concentrador Alto Fluxo:

O concentrador de oxigênio de alto fluxo, fornece oxigenoterapia de 5L/min até 10L/min pode ser fornecido aos usuários que preencham os critérios de inclusão para alto fluxo.

2.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (GERAL)

2.3.1 CONDIÇÕES DE MORADIA INCOMPATÍVEIS COM AS NECESSIDADES MÍNIMAS DO SERVIÇO COMO:

- Impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação, afastando equipamentos eletrônicos, que produzam faísca ou calor da fonte de oxigênio (distância mínima de 1,5 metros);
- Falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado;
- Residência de difícil acesso. (Esses critérios serão avaliados pela empresa fornecedora do equipamento);
- Mudança de residência para fora do Distrito Federal.

2.3.2 UTILIZAÇÃO INADEQUADA DO EQUIPAMENTO COM RISCO DE DANOS AO USUÁRIO, AOS FAMILIARES OU AO PATRIMÔNIO DE ACORDO COM OS SEGUINTE ITENS:

- Persistência do tabagismo: quando constatado que o paciente está fumando próximo a fonte de oxigênio, este será um critério de interrupção imediata do fornecimento deste gás, e, portanto, acarretando em sua exclusão imediata do programa de oxigenoterapia domiciliar;
- Dificuldade do paciente e dos familiares na compreensão dos riscos associados à oxigenoterapia e em manter as medidas de segurança adequadas;
- Utilização do concentrador de oxigênio por tempo insuficiente, em desacordo com a prescrição médica;
- Necessidade de oxigênio apenas para inaloterapia.

2.3.3 OS CRITÉRIOS QUE IMPOSSIBILITAM A DISPENSA DO CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO PORTÁTIL PELA SES/DF SÃO:

- A necessidade de fluxo de oxigênio acima de 2,0 L/min;

- Paciente que não esteja assistido pelo POD (não utilize concentrador estacionário);
- Paciente restrito ao leito.

IMPORTANTE: Os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto a presença de qualquer um deles acarretará advertência, notificação compulsória, boletim de ocorrência e exclusão do serviço a partir da formalização em relatório mensal de fiscalização do serviço.

2.4 CRITÉRIO DE ALTA

- Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão;
- Reversão da condição clínica ou laboratorial responsável pela indicação da oxigenoterapia sem comprovação gasométrica (ver Item 2.1).

3. CONDOTA PREVENTIVA

3.1 GESTÃO DO CUIDADO

- O solicitante da inclusão do paciente no POD deverá encaminhar, de forma responsável, com o preenchimento do formulário de compartilhamento do cuidado (ANEXO VI) para a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) de referência;
- ESF deverá agendar a 1ª avaliação clínica do paciente para 3 meses após a solicitação da admissão no programa;
- Acompanhamento mensal pela Equipe de Saúde da Família com evolução no prontuário eletrônico do paciente no sistema e-SUS AB;
- O médico assistente da ESF de referência deverá avaliar o paciente do POD da sua área de abrangência a cada 6 meses e registrar no prontuário eletrônico do paciente no sistema e-SUS AB;
- Encaminhamento aos serviços de Reabilitação Pulmonar; (ANEXO IV)
- Orientação e Educação em saúde pela ESF dirigida aos usuários, familiares e cuidadores sobre o POD;
- Encaminhamento do paciente tabagista para os serviços de Controle do Tabagismo. (ANEXO V)

4. MONITORIZAÇÃO

4.1 QUANTO À ASSISTÊNCIA

A monitorização assistencial do paciente deverá ser realizada pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família mensalmente com registro em prontuário eletrônico no sistema e-SUS EB.

O médico da equipe deverá avaliar o paciente a cada 6 (seis) meses, observando obrigatoriamente:

- oximetria de pulso (realizada com doença estável e em ar ambiente), seguido ou não de gasometria arterial, conforme necessidade;
- relatório médico de acompanhamento da necessidade de manutenção, alteração ou alta do paciente no Programa de Oxigenoterapia

Domiciliar.

4.2 QUANTO A FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

4.2.1 COMPETÊNCIAS GERAIS

a) GESTOR DO CONTRATO - Subsecretaria de Administração Geral (SUAG)

Verificar a eficiência: utilização de recursos de materiais e equipamentos alocados a Solução de Gestão, desempenho dos profissionais envolvidos, tempo e custo de execução;

Constatar a eficácia: validação dos resultados gerados pela Solução e verificação de conformidade (se os resultados oferecidos estão atendendo adequadamente às necessidades dos usuários);

Atestar a segurança: segurança na prestação do Serviço;

As decisões e providências que ultrapassem a competência do Gestor do Contrato serão solicitada aos seus superiores.

b) ÁREA TÉCNICA - Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar (GESAD/DSINT/CATES)

Desenvolver estratégias para funcionamento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (Protocolo, fluxos e formulários);

Definir, avaliar e monitorar os indicadores do POD;

Emitir boletim “bimestral” de monitoramento dos indicadores do POD;

Apoiar tecnicamente a execução do Programa;

Articular com a Diretoria de Estratégia de Saúde da Família (DES e GESFAM, GASF) a demanda assistencial dos usuários do POD nas eSF para qualificação do cuidado integral.

c) COMISSÃO EXECUTORA - (FISCAIS TÉCNICO, ADMINISTRATIVO E REQUISITANTE)

Encaminhar pendências que possam gerar fato administrativo à SUAG/GACADT;

Analisar e gerar relatórios das faturas emitidas, incluindo apontar não conformidades e desvios de qualidade;

Verificar prazos dos serviços contratados e fiscalizar tecnicamente o Contrato;

Analisar e assinar o relatório e o atesto e encaminhar para SUAG/GACADT;

Fiscalizar o Contrato do ponto de vista funcional e administrativo;

Observar critérios de exclusão e, se necessário, formalizar advertência, notificação compulsória e solicitação de exclusão do serviço.

Elaborar Procedimentos Operacionais Padrões para sua Região de Saúde

A Comissão Executiva deve mensalmente produzir o relatório analítico e atesto para assinatura conjunta (Fiscal técnico, Fiscal Administrativo e Fiscal requisitante) com prazo máximo de 8 dias corridos após o recebimento do processo autuado pelo GACADT com a Nota Fiscal e retornar para a mesma (Conforme a Portaria Nº 170, de 11 de abril de 2018, Art. 20).

4.2.2 COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS:

a) FISCAL TÉCNICO - DIRAPS ou representante designado na publicação

Fazer a gestão das visitas mensais dos usuários incluídos no POD com o preenchimento do *checklist* (ANEXO TAL);

Designar responsáveis pelas visitas mensais;

Monitorar as atividades desempenhadas pelos responsáveis designado para realização das visitas;

Encaminhar mensalmente *checklist* preenchido para o fiscal administrativo;

Controlar as solicitações de descartáveis de acordo com o contrato vigente;

Encaminhar o informativo de alta, óbito ou mudança/não localização do paciente ao Fiscal Requisitante.

b) FISCAL ADMINISTRATIVO - Diretor Administrativo (DA) ou representante designado na publicação

Coordenar as reuniões mensais de validação do relatório e atesto;

Consolidar em relatório mensal os *checklist* dos fiscais técnicos para subsidiar atesto;

c) FISCAL REQUISITANTE - Representante do NRAD ou representante designado na publicação

Controlar o estoque de cilindros de O₂;

Controlar as recargas excedentes para cilindro de backup;

Realizar o monitoramento da admissão e alta dos pacientes em instrumento compartilhado com a GESAD (preferencialmente planilha excel conforme modelo);

Em resumo aos descritivos, apresenta-se o Fluxo de atendimento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ANEXO VII).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oxigenoterapia na Atenção Domiciliar é indicada sempre que for identificada a necessidade de suplementação de oxigênio para manter a estabilidade clínica em domicílio, preservando a independência e a funcionalidade do paciente.

Uma vez que se organiza o atendimento e acompanhamento do paciente usuário de oxigênio na rede de saúde, temos a oportunidade de promover indicação precisa do tratamento, instruir gestores, profissionais, pacientes, cuidadores e familiares, facilitando o acesso, otimizando o tratamento e reduzindo custos. O uso adequado do oxigênio diminui o número de internações e consequentemente melhora a qualidade de vida e a sobrevida do paciente.

6. DA VIGÊNCIA DA NOTA TÉCNICA

Após finalização do protocolo de oxigenoterapia ou outro documento normativo referente ao PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (POD) esta Nota técnica fica invalidada.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J. Pneumologia vol.26 nº. 6 São Paulo Nov./Dec.2000.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.533, de 17 de julho de 2012 – altera e complementa dispositivos da Portaria 2.527/MS; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
3. Balfour-Lynn IM, Field DJ, Gringras P et al; BTS guidelines for home oxygen in children; Thorax 2009;64(Suppl II): ii1-ii26.
4. Adde FV, Alvarez AE, Barbisan BN, Guimarães BR. Recommendations for long-term home oxygentherapy in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2013;89:6-17.).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
6. BRASIL. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 630, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2011 OS MINISTROS DE ESTADO DE MINAS E ENERGIA E DA SAÚDE.

Elaboradores:

- Denise Leite Ocampos, matrícula 157745-X da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais - GASPVP/DAEAP/COAPS;
- Tamara Correia Alves Campos matrícula: 1680326-4 da Gerência de Apoio à Saúde da Família – GASF/DESF/COAPS;
- Clisciene Dutra de Magalhães, matrícula 0196573-5 da Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar – GESAD/DSINT/CATES;
- Cristiane Dezoti Vivanco, matrícula 183594-7 da Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar – GESAD/DSINT/CATES;
- Jéssica Procópio de Quadros, matrícula 1.694.343-0 da Assessoria da Política Nacional de Humanização - APNH/SAIS.

DSINT/CATES/SAIS/SES-DF

Gerente

Arilene de Sousa Luis

Diretoria de Serviços de Internação

CATES/SAIS/SES-DF

Diretora

De acordo,

Camila Carloni Gaspar

Coordenação de Atenção Especializada à Saúde

Coordenador(a)

De acordo, e encaminha-se para o Gabinete do SAA/SES para autorização da implementação da Nota Técnica.

Gustavo Bernardes

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/SES

Subsecretário (a)

Autorizo, e que proceda ampla divulgação a Nota Técnica.

Olavo Medeiros Muller

Secretaria-Adjunta de Assistência à Saúde/SES

Secretário(a) - Adjunto(a)

ANEXO I



RELATÓRIO MÉDICO PARA ADMISSÃO E ACOMPANHAMENTO
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Diagnóstico de Base/tempo de duração da doença: _____

CID: _____

Quadro Clínico: _____

Complicações:

Insuficiência () cardíaca () Cor pulmonale ()

Outras: _____

Sinais e sintomas de hipoxemia:

SIM _____ NÃO _____

Medicações em uso atual (nome e dose):

Para admissão:

Gasometria arterial (doença estável e em ar ambiente) Data do exame: ____/____/____

Exame realizado:

() em repouso () durante teste de caminhada durante o sono (polissonografia)

pH: _____ PCO₂: _____ PaO₂: _____ HCO₃: _____ BE: _____

Sat. de O₂: _____ Hemoglobina (g/dl): _____ Hematócrito (%): _____

Dados que devem ser incluídos no Prontuário Eletrônico do Cidadão do e-SUS Atenção Primária à Saúde:

Reavaliação em 3 meses.

Para acompanhamento: Oximetria (doença estável e em ar ambiente)

Data do exame: ____/____/____ SpO₂: _____

Encaminhamento: Retornar em 6 meses () Alta ()

Prescrição da Oxigenoterapia:

Fluxo de O₂ indicado: _____ L/min (dia) Número de horas por dia a ser usado: ()

1. 24h/dia

2. 18h/dia

3. Noturno (necessidade de comprovação por polissonografia/oximetria noturna)

4. Durante exercício

(teste de caminhada de 6 minutos)

Tipo de interface indicada: () 1. Cateter nasal () 2. Máscara para

Traqueostomia () 3. Máscara Facial _____

Saturação do O₂ com o fluxo de O₂ prescrito: _____

Médico responsável pela prescrição:

Nome: _____ CRM/DF: _____

Telefone para contato: _____ email: _____

Instituição: _____

Data: ____/____/____

OBS: Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar serão utilizados os critérios conforme Consenso da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

Assinatura e carimbo

ANEXO II



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem a minha residência e domicílio, eu,

estado civil: _____, Brasileiro (a), Carteira de Identidade (RG) nº _____,
expedida por _____ CPF: _____,
declaro, para todos os fins a quem possa interessar, ser residente e domiciliado (a) no
seguinte endereço: _____,
CEP _____, na condição de () própria, () ocupação irregular, () cedida,
() alugada – anexar RG e CPF do proprietário, comprovante de propriedade do imóvel e
assinatura.

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal n. 7115, de 29 de Agosto de 1983, declaro,
ainda estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente poderá
ensejar a aplicação das sanções cíveis, administrativas e penais previstas na legislação
brasileira, inclusive aquelas referentes ao delito de falsidade ideológica.

Por ser verdade, assino esta declaração.

Brasília, _____, de, _____ de _____.

Assinatura do responsável pelo imóvel

ANEXO III



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Eu, _____
RG: _____, CPF: _____, responsável
legal pelo paciente _____, declaro que
compreendi todas as informações dadas pela Equipe do Núcleo Regional de Atenção
Domiciliar sobre o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal. Comprometo-me a:

- Manter o equipamento de oxigenoterapia domiciliar sob minha guarda em perfeito estado de conservação, utilizando-o de acordo com a orientação dada pela equipe do NRAD e pela empresa contratada, e não permitindo seu extravio, sob pena de responsabilidade judicial.
- Usar a oxigenoterapia exclusivamente conforme prescrição médica, tendo ciência de que é necessário renová-la a cada 6 meses com relatório médico atualizado.
- Utilizar o cilindro reserva **SOMENTE** em caso de mau funcionamento, respeitando o fluxo estabelecido do concentrador de oxigênio ou suspensão de energia elétrica. Nestes casos entrarei em contato com a empresa pelo telefone.
- Informar à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento caso o paciente seja internado ou evolua para óbito em um prazo de até 24 horas.
- Informar antecipadamente (mínimo de 15 dias) à equipe de saúde e à empresa fornecedora do equipamento em caso de possibilidade de mudança de telefone, endereço ou viagem do paciente por qualquer motivo.
- Cabe exclusivamente a empresa o processo de instalação ou desinstalação do equipamento. O paciente ou responsável que fizer tal processo, assume o risco de causar explosões, incêndios ou danos ao equipamento, passível de multa ou sanção por uso indevido.
- Jamais manusear o dispositivo fornecedor de oxigênio fumando, pelo alto poder de combustão e explosão deste gás.

Brasília, ____ de _____ de _____

Assinaturas:

Paciente ou responsável legal

Fiscal Executor



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

ANEXO IV

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PNEUMOLOGIA

REGIÃO DE SAÚDE	LOCAL	AMBULATÓRIO(S)
Norte	Policlínica de Sobradinho	Pneumologia geral e tisiologia
Sul	Policlínica do Gama (dentro do HRG)	Pneumologia geral, tisiologia e tabagismo.
Central	Policlínica da Asa norte (dentro do HRAN)	Doenças genéticas, Asma, Pneumologia geral, Egressos, Sono, DPOC grave, Interstício, hipertensão pulmonar, tisiologia e tabagismo.
	Hospital dia	Tisiologia
Oeste	Policlínica da Ceilândia (HRC)	Egressos e Tisiologia
Leste	HRL	Pneumologia geral
Sudoeste	Policlínica de Taguatinga (HRT)	Pneumologia geral, Asma grave e Egressos.
IGES*	IHBDF	Interclínica, se pedido de parecer de médico do base, circulação pulmonar e Interstício; Bronquiectasias e fibrose cística; Asma grave, Asma difícil controle e DPOC grave.

*Serviço não vinculado a Regiões de Saúde.

O acessos aos ambulatorio são Regulados via SISREG.

ANEXO V

SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DE CONTROLE DO TABAGISMO

UNIDADES DE TRATAMENTO DO TABAGISMO POR REGIÃO		
REGIÃO CENTRAL		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
Hospital Regional da Asa Norte	SMNH/Área Especial, Asa Norte	4ª – Tarde
UBS 1 Cruzeiro Novo	SNCEs - Quadra 611 lote 01, Cruzeiro Novo	3ª- 14h, Grupo Aberto*
CAPS - AD - III Candangos	SCS Quadra 5 Bloco B Loja 72, Asa Sul	3ª- Manhã
UBS 2 Asa Norte	Quadra 114/115, Asa Norte	2ª – Manhã, Grupo Aberto*
UBS 01 Asa Sul	SGAS 612 Quadra 38 a 39, Asa Sul	Informação no local
UBS Granja do Torto	A/E 01 Granja do Torto	Informação no local
GSAS 03 Lago Sul	QI 23 SHIS QI 21/23 A/E, Lago Sul	5ª Manhã
UBS 01 Lago Norte	SHIN QI 3, Lago Norte	6ª feira
HUB Farmácia Escola	Setor de Grandes Áreas Norte 605, Asa Norte	Informação no local
CENTRO SUL		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
UBS 1 Estrutural	Área Especial 03 Setor Central - Vila Estrutural	4ª- Tarde
CAPS AD Guará	QE 23 Bloco C, Guará	3ª – Manhã
UBS 2 Riacho Fundo II	QC 06 Conj 16 Lt 01 A/E, Riacho Fundo II	Informação no local
UBS 2 Riacho Fundo I	QN 07 Área Especial 09, Riacho Fundo I	Informação no local
UBS 4 CAUB Riacho Fundo II	QC 06 Conjunto 16 Lote 01/AE 01, Riacho Fundo II	Informação no local
UBS 1 Riacho Fundo I	Área Especial QN7/9 (ao lado da Rodoviária)	4ª Tarde, Grupo Aberto*
CAPS II Riacho Fundo I (ISM)	EPNB Km 4 A/E S/N Granja do Riacho Fundo	3ª Tarde
UBS 03 Guará	QE 38 A/E S/N Guará II	4ª Manhã, Grupo Aberto*
UBS 01 Candangolândia	E/Q 5 e 7 AE 01	4ª Manhã, Grupo Aberto*
UBS 01 Guará I	QI 6 A/E B Guará I	Informação no local
UBS 04 Guará Lúcio Costa	QELC QE 2/3 Guará	2ª Tarde, Grupo Aberto*
REGIÃO OESTE		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS

UBS 01 Brazlândia	Quadra 6/8 AE Setor Norte, Brazlândia	3ª - Tarde
UBS 2 Brazlândia	Quadra 45 A/E 03 Setor Norte	4ª, Grupo Aberto*
UBS 07 Incra 08	Incra 08, Brazlândia	4ª, Grupo Aberto
UBS 6 Brazlândia	BR 080 DF 206 VC 505, Almécegas	6ª Tarde
UBS 12 Ceilândia	QNQ 02/03 A/E, Ceilândia	6ª Manhã, Grupo Aberto*
UBS 06 Ceilândia	EQNP 10/14, Ceilândia Sul	4ª Tarde
UBS 14 Condomínio Privê	Expansão setor O A/E	6ª Tarde
UBS 03 Ceilândia	QNM 15 Lote D	Informação no local
HRC Policlínica II Ceilândia	QNM 27 A/E 01 Amb Especialidades	2ª Manhã
UBS 13 Núcleo Rural Boa Esperança Ceilândia	Núcleo Rural Boa Esperança	2ª Manhã
UBS 08 P Norte Ceilândia	EQNP 13 Área Especial ABCD	5ª Tarde, Grupo Aberto*
GSAP 5 Ceilândia	QNM 16 Setor M, Ceilândia	Informação no local
UBS 06 Ceilândia	EQNP 10/14 A/E EFGH	4ª Tarde
UBS 11 Ceilândia	Expansão do Setor O QNO 17, Ceilândia	Informação no local
UBS 02 Ceilândia	QNN 15 Módulo F A/E, Ceilândia Norte	2ª Tarde – Grupo Aberto*
UBS 07 Ceilândia	QNO 10/12 A/E, Ceilândia	4ª Manhã – Grupo Aberto*
UBS 10 Ceilândia	QNN 12 A/E, Ceilândia	5ª Manhã – Grupo Aberto*
REGIÃO SUL		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
UBS 6 Gama	Setor Oeste	3ª Tarde - Grupo Aberto*
UBS 1 Santa Maria	E/Q 207/307 Sul	3ª Noite - Grupo Aberto*
UBS 7 Santa Maria Sítio do Gama	Sítio do Gama	4ª Tarde – Grupo Aberto*
CAPS AD Santa Maria	Quadra 312 Conj H casa 12	3ª Noite
REGIÃO LESTE		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
UBS 6 Cariru - Paranoá	DF 120 Núcleo Rural Cariru, Paranoá	Informação no local
UBS 1 Itapoã	Quadra 378 conj L A/E, Itapoã	3ª Tarde, Grupo Aberto*
UBS 2 Itapoã	Quadra 378 A/E, Itapoã	Informação no local
UBS 3 Itapoã	Prédio da Administração	6ª Manhã
UBS 05 Capão Seco	BR 251 Capão Seco	Vários grupos com horários distintos
UBS 7 Café Sem Troco	DF 270 Km 3 Núcleo Rural Café Sem Troco	5ª Tarde, Grupo Aberto*
UBS 8 PADDF	BR 251 Km7, PADDF	5ª Manhã, Grupo Aberto*
UBS 03 Paranoá Parque	Quadra 02 Conjunto L Lote 05	6ª Tarde, Grupo Aberto*
UBS 04 ESF 23 São Sebastião	Rua da Escola 540, Vila Nova	Informação no local
UBS 01 São Sebastião	Centro de Múltiplas Atividades Conj 10, Centro	2ª Manhã
UBS 13 São Sebastião	Rua 6, 2 – 120, São Sebastião	Informação no local
UBS 11 São Sebastião	Rua 26 Conj B Casa 17	5ª Tarde
REGIÃO NORTE		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
UBS 2 Planaltina	Setor Res. Leste Quadra 01, Buritins I	Informação no local
UBS 5 Planaltina Arapoanga	Quadra 08 Conj 01	Informação no local
UBS 17 Jardim Murumbi	DF 128, Planaltina	Informação no local
UBS 4 Planaltina	Quadra 01, Nova Planaltina	3ª Tarde, Grupo Aberto*
UBS 2 Sobradinho	Quadra 03 A/E Conjunto D/E	6ª Manhã, Grupo Aberto*
UBS 6 Lago Oeste	Lago Oeste	Informação no local
UBS 3 Sobradinho I Novo Colina	A/E 01, Nova Colina	3ª Tarde
UBS 5 BASEVI	BASEVI	Informação no local
UBS 3 Sobradinho II	AR 13 Conj 7 Lote 1, Sobradinho II	Informação no local
UBS 2 Sobradinho II	DF 420, Sobradinho II	Grupo Aberto*
UBS 5 Morada da Serra	SH Mansões Condomínio Sobradinho Novo Quadra 50 9	Informação no local
UBS 10 Taguara Planaltina	Rua Alexandre Salgado, Quadra 20, Lote 07, Planaltina	Informação no local
UBS 01 Sobradinho I	A/E 22/23 Rua 6 Quadra 14	5ª feira
UBS 01 Engenho Velho Fercal	DF 150 Km 12 Quadra 10 Casa 14 Engenho Velho, Fercal	Informação no local
UBS 02 Catingueiro Fercal	DF 205 Oeste Km 13, Catingueiro, Fercal	4ª Tarde
REGIÃO SUDOESTE		
UNIDADES	ENDEREÇO	DIA/ HORÁRIOS/GRUPOS
UBS 1 Taguatinga	QNG Área Especial nº 18/19, Taguatinga Norte	3ª Grupo Aberto*
UBS 1 Águas Claras Areal	QS 05 A/E Nº 24 Av Areal	4ª Tarde
UBS 1 Vicente Pires	Rua 4 Chácara 12 Lote 12, Vicente Pires	3ª Tarde
UBS 8 Taguatinga	QNL 24 Área Especial	Informação no local
Policlínica de Taguatinga	C12 A/E nº01 Taguatinga Centro	4ª Tarde
UBS 11 de Samambaia	QS 1033 CONJ. 01 LOTE 04	Informação no local
UBS 3 Samambaia	A/E 429, Samambaia Norte	4ª Tarde
UBS 7 Samambaia	QS 302 Conj 05 Lote 01	Informação no local
UBS 6 Samambaia	QS 122, Samambaia Sul	5ª Tarde, Grupo Aberto*
UBS 8 Samambaia	QNL 24 Área Especial	5ª Manhã
UBS 3 Recanto das Emas (CLF-RE01)	Quadras 104/105	3ª Tarde
UBS 4 Recanto das Emas (CLF-RE02)	Quadras 308	3ª Tarde
CAPS II Taguatinga	QNA 39 A/E19	5ª Tarde
UBS 05 Taguatinga	Setor D Sul A/E Nº 23, Taguatinga Sul	3ª Tarde
- UBS – UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. * GRUPOS ABERTOS – OFERTA DE TRATAMENTO SEMANAL.		

ANEXO VI
FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR	
Unidade de Saúde: _____	
Usuário: _____	DN: _____
Nº SUS: _____	Nº SES: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	Estado: _____
RELATÓRIO MÉDICO:	
TERAPIA INDICADA: BAIXO FLUXO (☐) ALTO FLUXO (☐) PORTÁTIL (☐)	
QUANTIDADE: _____ L/Min.	
COMORBIDADES:	
DATA: ____/____/____	
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL	ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

ANEXO VII
CHECKLIST DE VISTA DOMICILIAR DO POD - FISCAL TÉCNICO (eSF)



CHECKLIST DE VISTA DOMICILIAR DO POD - FISCAL TÉCNICO (eSF)

Data: / /		Horário:
Nome do paciente:		
Endereço/Local:		
Volume de Oxigênio Prescrito:		L/min
Volume de Oxigênio Utilizado:		L/min
EQUIPAMENTOS	PRESENTE	AUSENTE
Concentrador de oxigênio baixo fluxo		
Concentrador de oxigênio alto fluxo		
Concentrador de oxigênio portátil		
MATERIAIS	DATA DO ÚLTIMO FORNECIMENTO	EM FALTA
Cateter tipo óculos adulto		
Cateter tipo óculos pediátrico		
Máscara para traqueostomia adulto		
Máscara para traqueostomia pediátrico		
Máscara facial adulto		
Máscara facial pediátrico		
Extensor		
Regulador de Pressão		
Fluxômetro		
Macronebulizador		
Observações:		
CONDICÕES DE MORADIA		
BENEFICIÁRIO DA TARIFA SOCIAL DE ENERGIA? () SIM () NÃO		
INSTABILIDADE OU QUEDAS DE ENERGIA FREQUENTES? () SIM () NÃO		
COMPORTAMENTO DO PACIENTE E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO		
PACIENTE TABAGISTA? () SIM () NÃO		
QUANTIDADE DE RECARGAS DO CILINDRO DE BACKUP?		
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		
Nome do servidor:		
Matrícula:		
Cargo/função:	Lotação:	

Assinatura do paciente ou responsável pelo paciente
CPF: _____

Assinatura do responsável pela visita

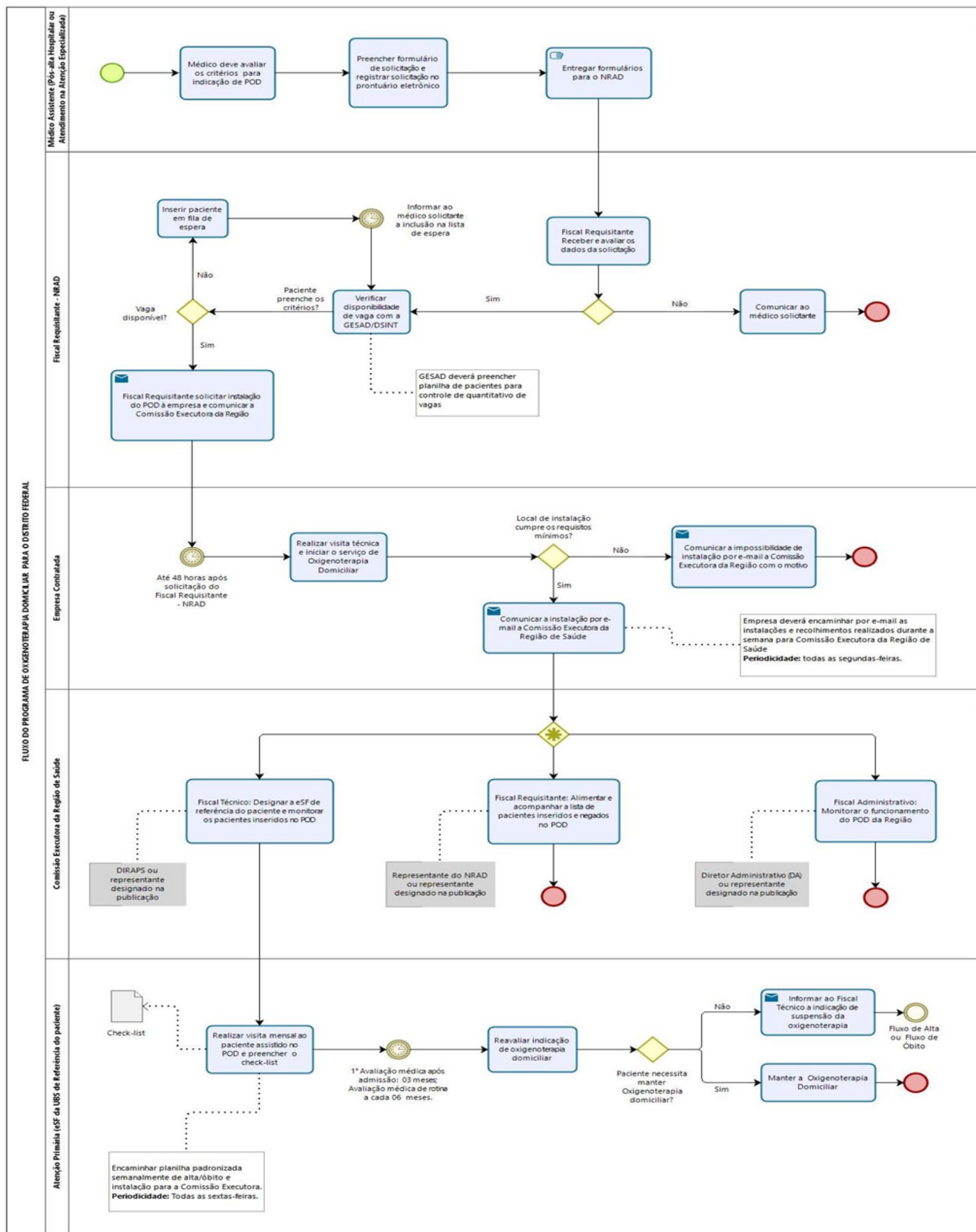
ANEXO VIII FORMULÁRIOS DE SOLICITAÇÃO DE INSTALAÇÃO DO POD PARA EMPRESA - FISCAL REQUISITANTE

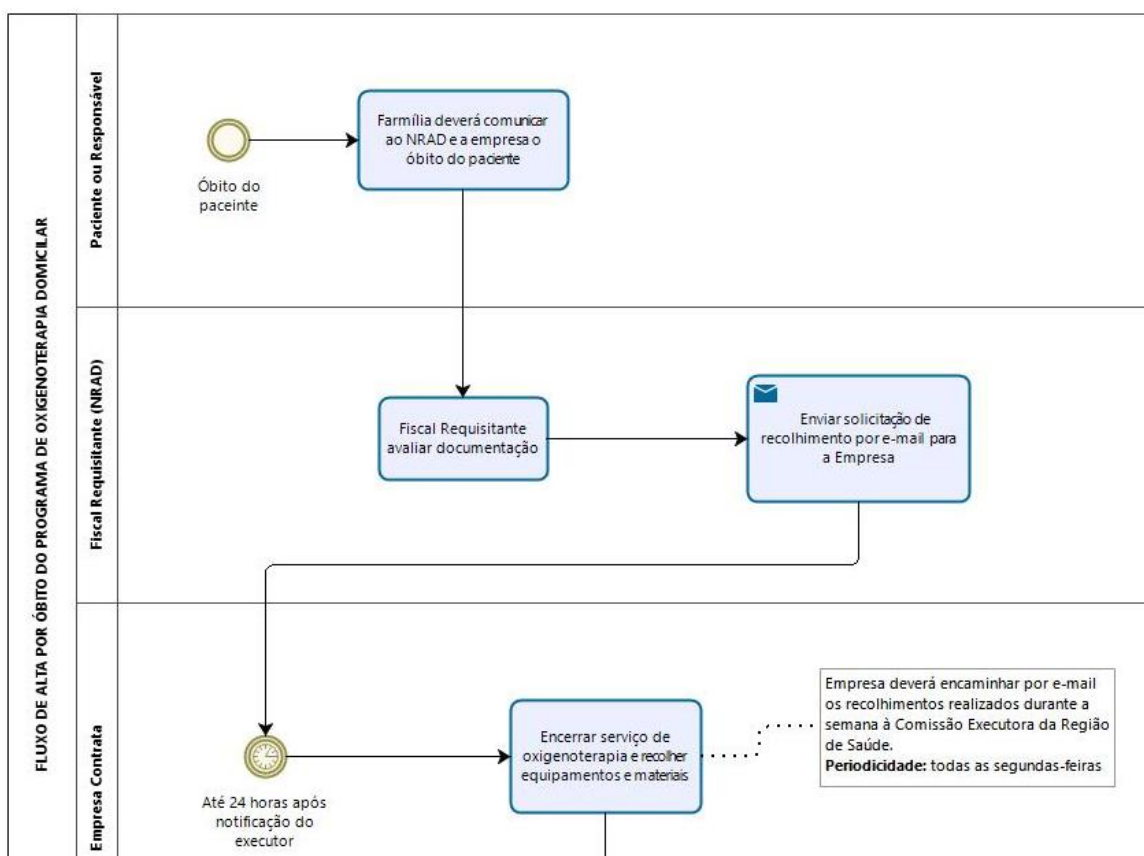
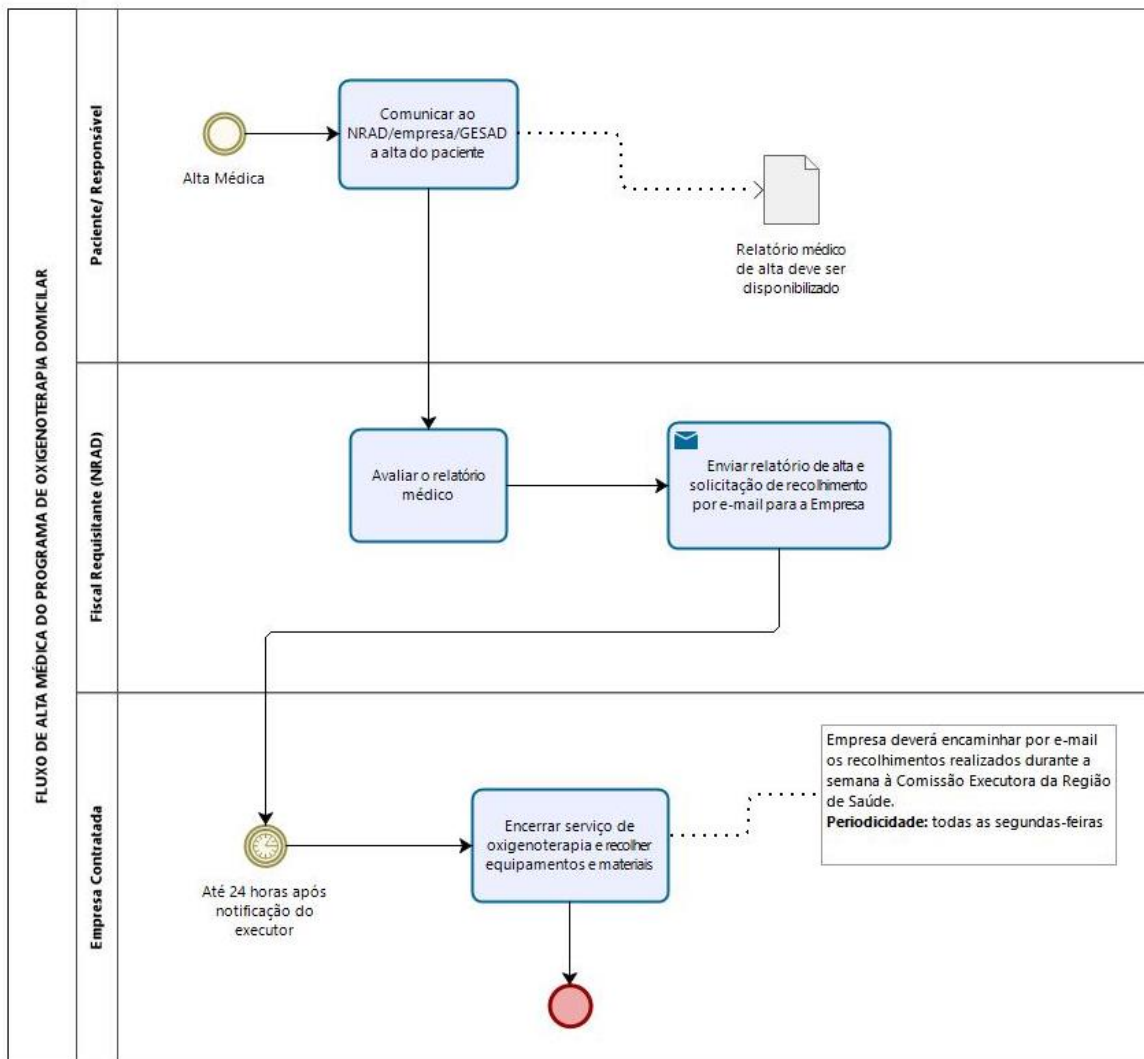
Prezada Empresa, Solicitamos a V.Sª. a Instalação do equipamento para o seguinte paciente:			
SOLICITAÇÃO DE INSTALAÇÃO DO CONCENTRADOR PORTÁTIL SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL			
DADOS DO PACIENTE			
CLIENTE	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF		
	ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada		
PACIENTE		CPF	
IDADE		RESPONSÁVEL / CUIDADOR:	
ENDEREÇO		TELEFONES:	
FLUXO L/MIN ATUALIZADO		USO	() CONTÍNUO () PULSADO - HORAS/DIA: _____ H/DIA
PACIENTE: () TRAQUEOSTOMIZADO () SOB CATETER NASAL			
DIAGNÓSTICO/CID:			
CHECKLIST DO PREENCHIMENTO DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO			
☐ Em uso de concentrador estacionário de baixo fluxo.			
☐ Com indicação de uso contínuo.			
☐ Não restrito ao leito.			
☐ O fluxo indicado seja até 2L/min.			
☐ Não se aplica			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO A SEREM AVALIADOS PELA ÁREA TÉCNICA/COMISSÃO EXECUTORA			
☐ Demanda judicial.			
☐ Tratamento Médico temporário fora do Distrito Federal.			
☐ Outros:			
☐ Não se aplica			
ANEXAR DOCUMENTOS/RELATÓRIOS COMPROBATÓRIOS/RELATÓRIO MÉDICO			
OBSERVAÇÕES:			
SOLICITANTE:			
LOCAL:		TELEFONES:	
DATA DA SOLICITAÇÃO:			

Prezada Empresa, Solicitamos a V.Sª. a Instalação dos equipamentos para o seguinte paciente:										
SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO - SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL										
SERVIÇO:	() INSTALAÇÃO () RECARGA () RETIRADA									
PROGRAMA	Programa de Oxigenoterapia Domiciliar									
DADOS DO PACIENTE										
PACIENTE								CPF:		
NÚMERO SES										
IDADE		RESPONSÁVEL / CUIDADOR :								
FLUXO L/MIN		USO	() CONTÍNUO () PULSADO - HORAS/DIA: H/Dia							
PACIENTE: () TRAQUEOSTOMIZADO () SOB CATETER NASAL										
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE (CID):										
ENDEREÇO DE INSTALAÇÃO COMPLETO:										
PONTO DE REFERÊNCIA:										
RUA DE :	TERRA		ASFALTO		PLANO		LADEIRA			
ACESSO:										
COMPLEMENTO:								REGIÃO DE SAÚDE:		
BAIRRO:				CEP:				1ºTELEFONE:		
								2ºTELEFONE:		
RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS SOLICITADOS										
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO										
CILINDRO BACKUP			CILINDRO DE TRANSPORTE							
DESCARTÁVEIS										
CATÉTER										
COPO UMIDIFICADOR		CARRINHO PARA CILINDRO								
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:										
PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS										
EMPENHO:				DATA:						
CONTRATO Nº:										
SOLICITANTE:										
NOME DO REQUISITANTE:										
MATRÍCULA:		CARGO/FUNÇÃO:			LOTAÇÃO:					
TELEFONE DO RESQUISITANTE:				E-MAIL:						

ANEXO IX

FLUXO DE ATENDIMENTO DO PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR (POD) DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF)







Documento assinado eletronicamente por **CLISCIENE DUTRA DE MAGALHAES - Matr.0196573-5, Gerente de Serviços de Atenção Domiciliar**, em 13/07/2020, às 16:42, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ARILENE DE SOUZA LUIS - Matr.1671682-5, Diretor(a) de Serviços de Internação**, em 13/07/2020, às 18:40, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA CARLONI GASPAR - Matr.0182832-0, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 14/07/2020, às 14:45, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **GUSTAVO BERNARDES - Matr.0154489-6, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 14/07/2020, às 15:40, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDO ERICK DAMASCENO MOREIRA - Matr.1688486-8, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 15/07/2020, às 15:19, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)
verificador= **40754562** código CRC= **7760B4FB**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF