

Protocolo Municipal de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada

Dezembro de 2025



PROTOCOLO CLÍNICO MUNICIPAL DE OXIGENOTERAPIA
DOMICILIAR PROLONGADA

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 07/01/2026 13:26 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSAR: <https://c.ipm.com.br/rp76199285e9e2a>



Araucária, 12 de dezembro de 2025
Versão 1

PODER EXECUTIVO

PREFEITO

Luis Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO

Tatiana Assuiti

SECRETÁRIO DE GOVERNO

Robison Ricardo Furman



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO

Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE

Tatiane Vaz Storrer

DIREÇÃO GERAL

Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA

Ana Beatriz Siqueira Xavier Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Rodrigo Esposito Soares

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA

Sirlene Dias Coelho

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Nicolle Lucena da Silveira

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA

Marisa Ferraz Gavronski Gawron

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Alana Elisabeth Kuntze Ferreira



ELABORAÇÃO

José de Carvalho Junior – Coordenação da Assessoria ao Cidadão

Julio Celestino Pedron Romani – Responsável Técnico da Gestão - Fisioterapia

Colaboração Técnica

Adriano Ademir Strugala - Coordenação do Centro de Especialidades Terapêuticas - CET

Alana Elizabeth Kuntze Ferreira - Direção do Núcleo Administrativo Financeiro

Julio Celestino Pedron Romani - Responsável Técnico de Gestão – Fisioterapia

Regis Marcel Scheffer Szeliga - Responsável Técnico da Gestão – Medicina (2024)

Diagramação e Revisão

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS – DPGA

Núcleo de Qualidade em Saúde – NQS

Adriano Ademir Strugala

José de Carvalho Junior

Julio Celestino Pedron Romani

Revisão Final

Carolina de Almeida Torres - Direção do Departamento da Atenção Especializada



LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

AAC - Assessoria de Atendimento ao Cidadão.

CET - Centro de Especialidades Terapêuticas.

CEM - Centro de Especialidades Médicas.

CSMI - Clínica de Saúde da Mulher e do Idoso.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DAE - Departamento de Atenção Especializada.

DAP - Departamento de Atenção Primária.

DPGA - Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS.

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

DUE - Departamento de Urgência e Emergência.

ESF - Estratégia em Saúde da Família.

NAF - Núcleo Administrativo Financeiro.

NAS - Núcleo de Auditoria em Saúde.

ODP - Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.

PMA - Prefeitura Municipal de Araucária.

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Araucária.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.



SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	9
2. INTRODUÇÃO.....	9
3. JUSTIFICATIVA.....	10
4. OBJETIVOS.....	11
5. ABRANGÊNCIA.....	11
6. INDICAÇÕES PARA ODP.....	11
6.1 Indicação Geral.....	11
6.2 Oxigenoterapia Ambulatorial (Exercícios e Atividades Físicas).....	12
6.3 Oxigenoterapia Noturna.....	12
6.4 Oxigenoterapia Paliativa.....	12
6.5 Oxigenoterapia em Pediatria.....	12
6.6 Oxigenoterapia em DPOC.....	13
6.7 Oxigenoterapia Pós COVID-19.....	13
6.8 Oxigenoterapia Portátil.....	13
7. EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS PARA A INDICAÇÃO DE ODP.....	14
8. EQUIPAMENTOS FONTE DE OXIGÊNIO DISPENSADOS PELA AAC/SMSA.....	14
9. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO – AAC.....	14
9.1 Abertura do Processo Administrativo.....	14
9.2 Formas de Abertura.....	15
9.3 Requerente.....	15
10. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA.....	16
10.1 Orientações Complementares.....	16
11. CRITÉRIOS PARA MANUTENÇÃO DO FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS DE OXIGÊNIO.....	17
12. CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE ODP.....	18
13. RECOLHIMENTO DO(S) EQUIPAMENTO(S).....	19
14. PRAZOS.....	19
15. ENCERRAMENTO DO PROCESSO.....	19
16. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR E FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA.....	19
16.1 Modalidades de Assistência Fisioterapêutica aos Pacientes Incluídos no Programa de ODP.....	20
16.1.1 Programa de Reabilitação Pulmonar.....	20
16.1.2 Programa de Fisioterapia Respiratória.....	20
16.1.3 Monitoramento em Ambiente Domiciliar.....	21
17. DESCRIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES.....	21



17.1 Secretaria Municipal de Saúde.....	21
17.2 Assessoria ao Cidadão.....	21
17.3 Serviço Social da Assessoria ao Cidadão.....	22
17.4 Médico (a) Assistente/Responsável.....	22
17.5 Núcleo de Auditoria em Saúde.....	22
17.7 Enfermeiro (a).....	23
17.8 Empresa Fornecedora.....	23
18. REFERÊNCIAS.....	25
19. ANEXOS.....	26
ANEXO I - FICHA CADASTRAL DA UNIDADE DE SAÚDE.....	26
ANEXO II - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10).....	27
20. APÊNDICES.....	28
APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA.....	28
APÊNDICE II - FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.....	32
FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO.....	33
APÊNDICE III - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO MENSAL - PREENCHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	34
APÊNDICE IV - FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO.....	37
APÊNDICE IV - FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO.....	38
21. HISTÓRICO DE REVISÕES.....	39



1. APRESENTAÇÃO

O presente documento detalha as etapas e responsabilidades envolvidas na gestão da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) no município de Araucária, com o objetivo de assegurar a conformidade com as legislações vigentes, a otimização dos recursos, a padronização e regulação dos processos e a melhoria contínua da assistência aos pacientes.

Ao descrever o fluxo de solicitação, dispensação de dispositivos de oxigênio e de assistência profissional, este protocolo visa racionalizar custos, promover a equidade e garantir o fornecimento célere de dispositivos e assistência especializada, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde, especialmente de funcionalidade e participação social dos pacientes com necessidade de suplementação prolongada de oxigênio.

2. INTRODUÇÃO

As doenças pulmonares apresentam alta prevalência no mundo; no Brasil é uma das cinco doenças que mais causam óbitos. No Paraná, em 2020, o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório correspondeu a 63,33/ 100.000 habitantes, representando 9,2% do total de óbitos no mesmo período. A melhora da sobrevida com a ODP foi comprovada em pacientes com DPOC estável e hipoxemia crônica grave; evidências de benefícios para outras condições foram demonstrados no curso das últimas décadas, como redução da depressão, melhora da função cognitiva, melhora da qualidade de vida, melhora da capacidade de exercício e redução de hospitalizações, estabilização ou reversão da hipertensão pulmonar (HP) e diminuição de arritmias cardíacas e isquemia miocárdica em pacientes com DPOC (SBPT, 2022).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a causa mais frequente para o uso da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) em adultos e idosos. Em crianças, especialmente recém-nascidos prematuros, a displasia broncopulmonar constitui importante causa de internação hospitalar prolongada pela dependência crônica de oxigênio. Entretanto, há extenso rol de agravos à saúde que podem acarretar a hipoxemia crônica (CASTELLANO, M. V. et al., 2022).

Este recurso é de suma importância sempre que for identificada a necessidade de suplementação de oxigênio para manter a estabilidade clínica, preservando ou recuperando a independência e a funcionalidade do paciente, reduzindo número de internações hospitalares e melhorando a qualidade de vida e sobrevida.

Para a obtenção dos efeitos benéficos listados e responsável administração dos recursos do erário, o provimento de fonte de oxigênio ao paciente (cilindro,



concentrador, cilindros portáteis) deve ser acompanhado de ações de controle, reabilitação e reavaliação periódica.

Em consonância com as recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022), a terminologia utilizada neste documento - ODP - apresenta-se com abrangência extra domiciliar, sendo considerada como “suplementação de oxigênio para pacientes não hospitalizados que estejam em tratamento ambulatorial”, para uso durante qualquer atividade, dentro ou fora do seu domicílio.

Considerando o aumento significativo das demandas por atendimento na Assessoria de Atendimento ao Cidadão (AAC) e a necessidade de garantir o acesso qualificado à assistência de pacientes com insuficiência respiratória crônica, este procedimento normatiza o fornecimento de oxigenoterapia domiciliar prolongada. A iniciativa, fundamentada na Lei nº 8.080/1990 e alinhada às diretrizes do Protocolo da SESA/SAS 2016, visa otimizar a assistência e a qualidade de vida dos pacientes, considerando as particularidades do município e os benefícios comprovados da terapia.

Os objetivos deste protocolo são garantir o acesso equânime e oportuno à ODP e aos demais tratamentos não farmacológicos indicados para pacientes com insuficiência respiratória crônica; otimizar os processos administrativos relacionados à ODP, por meio da implementação de fluxos de trabalho claros e eficientes; diminuir os custos operacionais e ampliar o número de pacientes atendidos; estabelecer as responsabilidades e as competências de cada profissional e serviço envolvidos no processo de fornecimento e acompanhamento da ODP, bem como orientar os pacientes e familiares sobre seus direitos e responsabilidades; implementar um sistema de monitoramento contínuo da efetividade da ODP, por meio da coleta e análise de indicadores como: adesão ao tratamento, frequência de internações hospitalares e funcionalidade.

3. JUSTIFICATIVA

Considerando o aumento significativo das demandas por atendimento na Assessoria de Atendimento ao Cidadão (AAC) e a necessidade de garantir o acesso qualificado à assistência de pacientes com insuficiência respiratória crônica, este procedimento normatiza o fornecimento de oxigenoterapia domiciliar prolongada. A iniciativa, fundamentada na Lei nº 8.080/1990 e alinhada às diretrizes do Protocolo da SESA/SAS 2016, visa otimizar a assistência e a qualidade de vida dos pacientes, considerando as particularidades do município e os benefícios comprovados da terapia.



4. OBJETIVOS

- Garantir o acesso equânime e oportuno à ODP e aos demais tratamentos não farmacológicos indicados para pacientes com insuficiência respiratória crônica, visando melhorar a qualidade de vida e a expectativa de vida desses indivíduos.
- Otimizar os processos administrativos relacionados à ODP, por meio da implementação de fluxos de trabalho claros e eficientes.
- Diminuir os custos operacionais e ampliar o número de pacientes atendidos.
- Estabelecer as responsabilidades e as competências de cada profissional e serviço envolvidos no processo de fornecimento e acompanhamento da ODP, bem como orientar os pacientes e familiares sobre seus direitos e responsabilidades.
- Implementar um sistema de monitoramento contínuo da efetividade da ODP, por meio da coleta e análise de indicadores como: adesão ao tratamento, frequência de internações hospitalares, qualidade de vida dos pacientes.

5. ABRANGÊNCIA

1. Cidadão/usuário de Araucária;
2. Prefeitura Municipal de Araucária (PMA);
3. Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (SMSA);
4. Departamento de Atenção Primária (DAP);
5. Departamento de Atenção Especializada (DAE);
6. Departamento de Urgência e Emergência (DUE);
7. DPGA -NAS.

6. INDICAÇÕES PARA ODP

A oxigenoterapia é terapia fundamental e personalizada com especificidades e particularidades nos diferentes contextos clínicos.

6.1 Indicação Geral

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022), são indicações de ODP a hipoxemia grave com $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$ ou $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ ou $\text{PaO}_2 \leq 59 \text{ mmHg}$ ou $\text{SaO}_2 \leq 89\%$ na presença de edema, cor pulmonale (HP) e/ou policitemia (hematócrito $> 55\%$). A duração diária da ODP deve ser de, no mínimo, 15 h/dia, incluindo o período de sono, e o fluxo de oxigênio deve ser o suficiente para elevar a PaO_2 acima de 60 mmHg ou a SpO_2 acima de 90%.



A suplementação de oxigênio apresenta particularidades ao ser indicada para outras condições clínicas ou populações específicas, conforme descrição subsequente.

6.2 Oxigenoterapia Ambulatorial (Exercícios e Atividades Físicas)

A oxigenoterapia ambulatorial, especialmente durante a prática de exercícios físicos, é uma intervenção terapêutica fundamental para pacientes com doenças respiratórias crônicas que apresentam dessaturação de oxigênio durante o esforço físico.

O critério de indicação é a $SpO_2 \leq 88\%$ durante atividade física e com melhora da tolerância ao exercício com o uso de oxigênio.

6.3 Oxigenoterapia Noturna

A oxigenoterapia noturna é uma intervenção terapêutica fundamental para pacientes com doenças respiratórias crônicas que apresentam dessaturação de oxigênio durante o sono. Os critérios de Indicação são a $SpO_2 \leq 90\%$ em pelo menos $\geq 30\%$ do registro e evidência de Hipertensão Pulmonar (HP) ou eritrocitose.

6.4 Oxigenoterapia Paliativa

Em geral não há indicação para pacientes dispneicos com doença avançada e sem hipoxemia. O efeito do oxigênio para alívio da dispneia é inferior ao dos opiáceos, sendo fundamental a comprovação de hipoxemia para indicar a suplementação de oxigênio.

6.5 Oxigenoterapia em Pediatria

As crianças apresentam particularidades quanto à indicação, manutenção e suspensão da ODP:

- Devem ser considerados o crescimento físico e o desenvolvimento neurológico;
- Algumas doenças com hipoxemia evoluem favoravelmente, necessitando ODP apenas por tempo limitado;
- A maioria das condições clínicas é peculiar à infância, embora crianças mais velhas e adolescentes possam ter indicações semelhantes às dos adultos;



- A indicação e monitorização do oxigênio são feitas por oximetria de pulso, não por gasometria arterial;
- Equipamentos específicos são necessários para fluxos baixos de oxigênio.
- Muitas crianças necessitam oxigenoterapia apenas à noite;
- Atividades físicas, sono e mamadas podem causar queda na saturação, necessitando maior fluxo de oxigênio individualizado;
- Todas as crianças precisam de supervisão de um responsável;
- A oxigenoterapia deve ser disponibilizada na escola para crianças em idade escolar.

6.6 Oxigenioterapia em DPOC

Na DPOC, a oxigenoterapia é indicada para:

- Pacientes clinicamente estáveis com hipoxemia grave persistente e tratamento medicamentoso otimizado por pelo menos um mês.
- Pacientes instáveis, como após uma recente exacerbação, podem precisar de oxigenoterapia temporária até reavaliação em 1-3 meses, pois cerca de 50% não necessitará de oxigenoterapia contínua. Ajustar o fluxo de oxigênio durante o exercício e o sono é recomendado para evitar efeitos colaterais, como piora da hipercapnia.

6.7 Oxigenioterapia Pós COVID-19

No caso da síndrome pós-COVID-19, a oxigenoterapia pode ser indicada:

- Após a alta hospitalar quando há persistência de hipoxemia durante o repouso ou esforços, especialmente em pacientes com fatores de risco como idade igual ou superior a 50 anos e múltiplas comorbidades, como pneumopatias prévias. A necessidade de oxigenoterapia pode ser transitória e deve ser avaliada de forma contínua, considerando a melhora progressiva das trocas gasosas e a possibilidade de dessaturação apenas durante atividades físicas.

6.8 Oxigenoterapia Portátil

Refere-se à suplementação de oxigênio usando concentrador portátil, durante o exercício e atividades no ambiente comunitário. É indicada para pacientes que necessitam de ODP e mantêm uma rotina ativa fora do domicílio.



7. EXAMES COMPLEMENTARES NECESSÁRIOS PARA A INDICAÇÃO DE ODP

A oximetria de pulso é indicada para a triagem dos pacientes com hipoxemia. Quando a SpO_2 for igual ou menor que 92%, é indicada a realização de gasometria arterial.

Os exames de oximetria de pulso, ecocardiograma e gasometria arterial devem ser realizados ao repouso com terapêutica otimizada, distante, no mínimo, 60 dias após episódio de exacerbação.

O exame deverá ser realizado nas seguintes condições:

- I. Em laboratório com controle de qualidade;
- II. Obtida com paciente em repouso, respirando ar ambiente, estável clinicamente e com terapêutica em níveis adequados;
- III. No caso de hipoxemia por exercício esta deve ser comprovada com gasometria ou oximetria de pulso impressa;
- IV. Em caso de hipercapnia será necessária gasometria com O_2 para titulação, devendo ser definido pelo médico que avaliar o caso o número de gasometrias e o fluxo (L/min) durante o exame.

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações:

- I. Crianças e Adolescentes < 16 anos. A oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ é suficiente para a indicação de ODP;
- II. Pacientes com pneumopatias acamados e/ou com dificuldade de locomoção. A oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ é suficiente para a indicação de ODP;
- III. Pacientes sem pneumopatias, mas com indicação de cuidados paliativos.

8. EQUIPAMENTOS FONTE DE OXIGÊNIO DISPENSADOS PELA AAC/SMSA

Concentrador de oxigênio e cilindro de emergência (08 a 10 m^3) nos casos previstos. Demais materiais auxiliares tais como máscara de oxigênio de alta concentração, cateter tipo óculos, umidificadores, entre outros, serão fornecidos pela empresa que fornece o oxigênio.

9. DO PROCESSO ADMINISTRATIVO – AAC

9.1 Abertura do Processo Administrativo

O cidadão requerente/paciente deve apresentar os documentos a seguir:

I - Documentos do Requerente:



- Documento oficial de identificação com foto (RG ou CNH)
- Cadastro de Pessoa Física (CPF)

II - Documentos do Paciente

- Documento oficial de identificação com foto (RG ou CNH) (a Certidão de Nascimento em caso de criança e/ou adolescente);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cartão Nacional do SUS;
- Receita e formulário de solicitação de oxigenoterapia domiciliar prolongada (Apêndice I) devidamente preenchida por médico assistente/responsável pelo paciente e vinculado ao SUS;
- Em caso de solicitação de cilindro portátil, anexar relatório descritivo das necessidades do paciente, como consultas médicas, atendimentos de fisioterapia, atividades sociais e atividades laborais, dentre outras.
- Gasometria arterial com material colhido sem suplementação de oxigênio, por pelo menos 30 minutos.
- Comprovante de residência atualizado em nome do paciente ou, em caso de inexistência, deverá ser apresentada ficha cadastral (Anexo I) do paciente fornecida pela Unidade de Saúde, datada, carimbada e assinada. Em caso de menor de idade ou dependentes será aceito o comprovante de residência dos pais;
- Dois (2) telefones para contato; e
- Informar a Unidade de saúde de abrangência.

9.2 Formas de Abertura

- Presencialmente na AAC, que após a conferência dos documentos procederá à abertura do processo e encaminhamento ao NAS;
- Pelo Portal da PMA - <https://araucaria.atende.net/cidadao> devendo ser realizado cadastro de login, senha e inserção dos dados. Será realizada conferência e análise da documentação e encaminhamento ao NAS.

9.3 Requerente

Nos casos em que o requerente não for o próprio paciente, será observado:

- Pacientes incapazes, absoluta ou relativamente, serão representados ou assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da Lei, os quais se sujeitam às regras adotadas pela SMSA;
- Em se tratando de pacientes capazes, além da documentação exigida, deverão



apresentar procuração a qual por meio de mandato concede poderes a terceiros para representá-los.

10. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NO PROGRAMA

1. Ser residente e domiciliado no município de Araucária;
2. Ser usuário do Sistema Único de Saúde (SUS);
3. Estar vinculado à Unidade Básica de Saúde de seu território, com cadastro ativo e atualizado;
4. Apresentar documentação conforme o item 9.1;
5. Apresentar solicitação/prescrição médica de ODP e atendimento aos critérios descritos neste documento.

10.1 Orientações Complementares

- A ODP poderá ser prescrita provisoriamente para pacientes com exacerbação de doença pulmonar. No caso de indicação da ODP no período de exacerbação, o paciente deverá ser reavaliado por médico da equipe de saúde em 30 dias após a estabilização do quadro, antes da inclusão no Programa. Este cuidado é para se eliminar a possibilidade de não haver indicação de suplementação de oxigênio, quando a doença pulmonar estiver estável.
- O paciente deverá apresentar critérios clínicos e laboratoriais que indiquem a suplementação de oxigênio, através da apresentação de resultado do exame de gasometria arterial (exceto nas situações descritas no item 07) sem a qual o processo administrativo não será aberto.
- O requerente deverá assinar formulário de Orientação e Responsabilização quanto ao uso do concentrador e cilindro, das visitas de manutenção a serem realizadas pela empresa prestadora do serviço, das visitas pelos profissionais da SMSA, dos critérios para a manutenção do fornecimento dos aparelhos e do procedimento para devolução e/ou alteração de endereço.
- O paciente e familiares devem estar conscientes de que o uso do concentrador de oxigênio pode aumentar o consumo de energia elétrica na residência. Conforme estabelecido pela Portaria Interministerial 630, de 08 de novembro de 2011, no Art. 1º, a unidade habitacional onde reside a pessoa nessas condições tem direito a ser beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica.
- Serão realizadas visitas domiciliares periódicas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde para confirmação de domicílio e monitoramento do quadro do



paciente.

Se **INDEFERIDO**: a AAC informará o requerente que poderá solicitar nova análise, mediante correção das inconformidades apontadas.

Se **DEFERIDO**: a AAC solicitará junto a empresa prestadora do serviço a disponibilização e/ou, instalação dos equipamentos. A solicitação, via e-mail, deve conter:

- Nome;
- RG/CPF;
- Endereço de instalação (com ponto de referência);
- Telefones para contato;

A empresa prestadora deverá informar, via e-mail, a data da instalação.

A AAC fará a inserção deste paciente no rol dos beneficiários para acompanhamento contratual com anotação devida no processo.

A empresa prestadora do serviço terá até 24 (vinte e quatro) horas após autorização pela SMSA para proceder à instalação do equipamento na residência do paciente, prestando as devidas orientações de uso, manutenção e higienização do aparelho.

A Assistente Social da AAC fará o acolhimento inicial com os familiares do paciente para prestar as orientações quanto aos procedimentos e rotinas do programa de ODP, informando sobre tarifas de luz, direitos, deveres e acompanhamento. Também encaminhará o paciente ao Centro de Especialidades Terapêuticas (CET), para agendamento de consulta de enfermagem e fisioterapia respiratória.

11. CRITÉRIOS PARA MANUTENÇÃO DO FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS DE OXIGÊNIO

Após a inclusão no programa, o paciente deverá ser reavaliado por exame clínico e exames complementares (gasometria arterial), a cada noventa dias.

A gasometria pode ser solicitada por médico, enfermeiro ou fisioterapeuta via Sistema de Informação. O paciente ou familiar deverá comparecer no laboratório municipal com a solicitação da gasometria para a autorização do exame, que será realizado em laboratório credenciado.

Após realização de gasometria, mesmo que os valores encontrem-se acima dos critérios de manutenção no Programa da ODP, o paciente será monitorado por 30 dias sem ser excluído do Programa.



A prescrição médica que indique a necessidade da manutenção da ODP deve estar assinada, carimbada, datada e deverá ser entregue à AAC para ser anexada ao processo. Os critérios acima não se aplicam a pacientes em Cuidados Paliativos e doenças crônicas/evolutivas/degenerativas, os quais terão a manutenção automática do programa.

12. CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO OU EXCLUSÃO DO PROGRAMA DE ODP

É crucial destacar que os critérios de exclusão são independentes entre si. Portanto, a presença de um deles constitui motivo para a exclusão do paciente do serviço. Esses critérios compreendem:

1. Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço, como a incapacidade de manter uma fonte de oxigênio em casa ou a falta de condições básicas para a manutenção do equipamento fornecido;
2. Melhora clínica e/ou funcional da hipoxemia;
3. Indicação de suspensão de oxigenoterapia suplementar pelo médico assistente;
4. Renúncia ao tratamento, por falta não justificada a duas consultas consecutivas agendadas no Programa de ODP, incluindo atendimentos fisioterapêuticos e programa de reabilitação pulmonar e recusa de visitas/consultas domiciliares pela equipe de saúde;
5. Quando utilização dos equipamentos de ODP para inaloterapia;
6. Cardiopatia sem insuficiência respiratória crônica;
7. Manutenção do tabagismo sem demonstração de intenção de abandono do hábito;
8. Falta de cuidados mínimos na conservação e na manutenção do equipamento;
9. Não cumprimento da prescrição médica quanto ao fluxo e ao número de horas do oxigênio;
10. Não comparecimento às avaliações médicas periódicas;
11. Ociosidade ou utilização inadequada do equipamento, incluindo o transporte do equipamento para fora do domicílio, o qual é vedado;
12. Mudança de endereço, permanente ou provisória, para outro município;



13. Óbito;

14. Não atendimento a duas visitas do médico/fisioterapeuta/enfermeiro da empresa e não comparecimento à consulta agendada no prazo de 07 (sete) dias após convocação;

15. Internamento hospitalar por mais de 30 (trinta) dias, sem previsão de alta.

13. RECOLHIMENTO DO(S) EQUIPAMENTO(S)

No caso de suspensão ou exclusão do fornecimento da ODP o requerente deve fazer a solicitação de encerramento do processo administrativo junto a AAC, devidamente justificado.

A AAC enviará e-mail para a empresa solicitando a retirada dos equipamentos do domicílio.

A empresa deverá enviar à AAC confirmação da data de recolhimento.

14. PRAZOS

- Até 24 horas para entrega do equipamento após o recebimento da autorização do fornecimento emitida pela AAC/SMAS;
- Até 10 dias para manifestação do NAS;
- 30 dias – validade da ficha de início de tratamento;
- Até 30 dias entre a abertura do processo e a entrega dos equipamentos;
- 03 meses – validade do comprovante de endereço;
- 03 meses – Gasometria arterial;
- Os aparelhos permanecerão cedidos pelo período que se fizerem necessários, respeitados os critérios clínicos de manutenção estabelecidos em Protocolo.

15. ENCERRAMENTO DO PROCESSO

A AAC encerrará o processo administrativo anexando o e-mail da empresa contratada.

16. PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR E FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

A inserção de pacientes com pneumopatias em um programa de reabilitação pulmonar contribui para a melhora da qualidade de vida, redução de exacerbações e hospitalização e melhora da capacidade para realizar exercícios físicos. O programa de

Página | 19 de 39



exercícios promove condicionamento físico e cardiovascular, além de treinamento muscular de membros superiores e inferiores e de resistência física (endurance).

Parte dos pacientes com indicação de oxigenoterapia prolongada podem apresentar progressão para respiração sem suplementação ou redução da suplementação, após serem submetidos a protocolo de fisioterapia respiratória e programa de exercícios terapêuticos. A reabilitação pulmonar deve ser incorporada como uma das intervenções a serem indicadas para o tratamento de pessoas com doença pulmonar aguda ou crônica, sendo terapia não farmacológica que traz benefícios substanciais e considerada mandatória no manejo desses indivíduos.

O paciente incluído no programa de ODP deverá passar por consulta fisioterapêutica no CET para avaliação da viabilidade de inclusão em programa de reabilitação pulmonar ou de fisioterapia respiratória, com objetivos de recuperação e/ou manutenção da funcionalidade e possível alta da ODP. Os pacientes que não forem elegíveis para o programa de reabilitação serão acompanhados no território, pelos fisioterapeutas da APS.

16.1 Modalidades de Assistência Fisioterapêutica aos Pacientes Incluídos no Programa de ODP

16.1.1 Programa de Reabilitação Pulmonar

Consiste em programa de condicionamento cardíaco pulmonar supervisionado e monitorado, em ambulatório especializado (clínica de fisioterapia do CET ou CSMI) em associação com atendimentos de fisioterapia respiratória. Duração de 8 a 12 semanas, com frequência de 2 a 3 atendimentos semanais.

Serão inseridos no programa aqueles pacientes que apresentarem critérios de inclusão e prognóstico de alta da ODP.

16.1.2 Programa de Fisioterapia Respiratória

Pacientes que não apresentem critérios para inclusão no programa de reabilitação pulmonar mas tenham indicação de atendimentos visando a recuperação de disfunções do sistema respiratório. Duração de 3 a 5 semanas, com frequência de 2 a 3 atendimentos semanais, seguidos de monitoramento no CET ou na UBS. Em caso de mudança de critérios clínicos, poderá o paciente ser encaminhado para programa de reabilitação pulmonar.



16.1.3 Monitoramento em Ambiente Domiciliar

Pacientes com distúrbios graves, acamados, sob cuidados paliativos, com doenças crônicas avançadas ou com predisposição a descompensação serão monitorados no território, por fisioterapeuta da UBS. Em caso de melhora dos critérios clínicos, o paciente poderá ser encaminhado para a assistência fisioterapêutica especializada (programa de fisioterapia respiratória).

17. DESCRIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES

17.1 Secretaria Municipal de Saúde

1. Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
2. Disponibilizar recursos financeiros para a ODP;
3. Divulgar o protocolo nos locais de demanda do serviço (DAE/ DAP/ DUE/ Hospital e sociedades médicas);
4. Realizar o pagamento da empresa fornecedora;
5. Coordenar o serviço através de protocolos, treinamento e apresentação de relatórios;
6. Reconhecer e se responsabilizar pelo serviço conforme protocolo.

17.2 Assessoria ao Cidadão

1. Acolher, cadastrar e orientar o paciente/familiar quanto aos requerimentos para o recebimento da ODP;
2. Convocar o paciente ou responsável, quando necessário, para atualização dos documentos ou por outros motivos pertinentes;
3. Realizar a abertura do processo administrativo;
4. Acompanhar o andamento do mesmo para informar ao requerente o status (deferido ou não);
5. Encerrar processos nos casos previstos no item 12 deste protocolo;
6. Solicitar junto a empresa fornecedora dos equipamentos a entrega ou recolha dos mesmos;
7. Informar a UBS/ESF de abrangência do paciente que o mesmo está em



Oxigenoterapia, para o devido acompanhamento;

8. Comunicar a empresa contratada quanto a mudança do endereço;

17.3 Serviço Social da Assessoria ao Cidadão

1. Ao ingressar no Programa de ODP o responsável/cuidador passará por acolhimento pelo Assistente Social, sendo este atendimento inicial realizado com vistas a informar, orientar e encaminhar a Benefícios Sociais; como também esclarecer dúvidas acerca de questões sociais relacionadas à ODP.

17.4 Médico (a) Assistente/Responsável

1. Realizar a avaliação inicial do paciente indicando a necessidade de Oxigenoterapia, bem como avaliação trimestral indicando a manutenção, ou não, da suplementação;
2. Acompanhar e solicitar exames complementares (obrigatoriamente a gasometria arterial) do usuário;
3. Preenchimento da ficha de início de tratamento;
4. Dar alta da oxigenoterapia suplementar.

17.5 Núcleo de Auditoria em Saúde

1. Avaliar se o paciente se enquadra nos critérios estabelecidos e emitir parecer quanto à concessão ou não dos equipamentos.
2. Verificar, por meio das documentações fornecidas e anexadas ao processo digital recebido, se as solicitações atendem aos critérios estabelecidos neste protocolo.
3. Após a análise das documentações, emitir parecer de deferimento ou indeferimento e devolver o processo digital à AAC para continuidade.

17.6 Fisioterapeuta

1. Realizar a avaliação física funcional determinando e quantificando a alteração funcional do paciente;
2. Estabelecer o fluxo de assistência fisioterapêutica e de reabilitação pulmonar, conforme o item 16.1;
3. Aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais;
4. Planejar e executar medidas para prevenção terciária e redução de risco; aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de



- secreção, fortalecimento muscular e recondicionamento cardiorrespiratório;
5. Realizar visitas domiciliares para avaliação do paciente, monitorização do uso dos dispositivos e adequação da titulação do oxigênio;
 6. Elaborar relatório do programa de tratamento realizado.

17.7 Enfermeiro (a)

1. Fica sob responsabilidade da enfermagem verificar os sinais vitais do paciente quando o mesmo ir para atendimentos/avaliações no CET; realizar registro em prontuário dos sinais vitais antes e após avaliação do profissional de fisioterapia;
2. Manter controle dos pacientes que fazem parte do programa de reabilitação, agendando periodicamente o retorno ao CET;
3. Orientar paciente e familiar sobre a importância da adesão a todo processo de oxigenoterapia domiciliar;
4. Realizar consulta de enfermagem, presencial ou remota, com o intuito de monitoramento clínico e atualização de dados clínicos do paciente, relacionados ao programa de reabilitação.

17.8 Empresa Fornecedora

1. Fornecer e instalar o equipamento conforme solicitação da SMSA, conforme prescrição médica, com acompanhamento de fisioterapeuta e no prazo estipulado pelo contrato;
2. Fornecimentos dos insumos relacionados (cateter nasal, extensões, máscaras, etc) conforme necessidade do paciente;
3. Realizar mensalmente visitas domiciliares (fisioterapeuta/enfermeiro/médico da empresa) para monitoramento dos pacientes assistidos e enviar relatório à AAC mensalmente;
4. Reportar à AAC as não conformidades (por ex. uso em desacordo com a prescrição);
5. Garantir um serviço de manutenção 24h por dia para o usuário, disponibilizando um número de atendimento (0800) para atender a intercorrências com o funcionamento dos equipamentos, resolvendo a solicitação dos pacientes/responsáveis prontamente;
6. Atender o Programa da ODP conforme o contrato vigente com o Município.



17.9 Usuário

1. Apresentar a documentação solicitada para autorização e para a manutenção da ODP;
2. Apresentar exame de gasometria arterial a cada 03 (três) meses;
3. Concordar, assinar e cumprir as normas do Termo de Responsabilidade para a ODP e o Termo de Cuidados para o Uso de Oxigênio Domiciliar;
4. Ser acompanhado regularmente por médico assistente, o qual deverá ser contatado em caso de alteração do quadro clínico e nas emergências acionar o SAMU (192);
5. Assinar, anotando na ficha de monitoramento mensal, no campo de observações, qualquer ocorrência quanto ao fornecimento dos equipamentos;
6. Informar imediatamente a AAC sobre internação hospitalar, retorno ao domicílio após a alta, mudança de endereço, viagens, óbito, etc;
7. Prestar quaisquer outras informações necessárias ao protocolo.



18. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 19/2021: aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CASTELLANO, M. V. et al. **Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022)**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2022. Disponível em:
<http://jornalbrasileirodepneumologia.com.br>. Acesso em: 25 set. 2025.

MARINGÁ (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada e Ventilação Mecânica Não Invasiva**. Maringá, 2020. Disponível em:
<https://www2.maringa.pr.gov.br/sesa/arquivos/487fc7fb3664.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**. Curitiba: SESA, 2016.

REZENDE, Anderson; VEIGA, Cláudio. **Parecer técnico**. Araucária: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.



19. ANEXOS

ANEXO I - FICHA CADASTRAL DA UNIDADE DE SAÚDE


 ESTADO DO PARANÁ
 MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA
 SECRETARIA DE SAÚDE
 Ficha Cadastral

Identificação	
JOSE	
Sexo: Masculino	Nº CNS: 7
Nome da Mãe: Ana	Nascimento:
Nome do Pai:	Situação: Ativo
Código:	Família:
Unidade de Referência: 10 - Ubsf Nossa Senhora das Graças	
Informações Gerais	
Razão Social:	Usa Nome Social: Não
Nome Cônjuge:	Estado Civil:
Nacionalidade: Brasileiro	Naturalidade:
Situação Familiar: Vive c/ Familiares sem Companheira(o)	Raça/Cor: Branca
Informações Residenciais	
Município: Araucária/PR	Localidade:
Logradouro:	Tipo:
Número: 00	Complemento: Não Informado
Bairro:	Cep:
Informações de Contato	
Telefone: (41)	Celular: (41)
Telefone Recado: (41)	Pessoa p/ Recado:
Informações de Documentos	
Nº CNS da Mãe:	PIS/PASEP:
NIS:	CPF:
Nº Identidade:	Data da Emissão:
Órgão Emissor: SSP - Secretaria de Segurança Pública	Estado: PR
Título de Eleitor:	Zona/Seção:
Nº CTPS:	Série: 0
Estado: 0	Data de Emissão:
Informações Trabalhistas	
Situação Trabalhista:	Data de Admissão:
Cargo/Função:	Capacidade p/ o Trabalho: Possui capacidade
Local de Trabalho:	
Prontuários	
Unidade	Nome da Unidade
	Prontuário
Informações do Cadastro	
Data:	Última Atualização:
Usuário:	



ANEXO II - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

E84.0 - Fibrose cística com manifestações pulmonares.
G47.3 - Apneia do sono.
I26 - Embolia pulmonar.
I27.0 - Hipertensão pulmonar primária.
I27.2 - Hipertensão pulmonar secundária.
J43 - Enfisema pulmonar.
J44 - Outras doenças obstrutivas crônicas.
J47 - Bronquiectasia.
J60 a J70 – Doenças pulmonares devido a agentes externos (pneumoconioses).
J84 - Outras doenças intersticiais pulmonares.
J84.1 - Outras doenças intersticiais pulmonares com fibrose.
J84.8 - Outras doenças intersticiais pulmonares especificadas.
J96.1 - Insuficiência respiratória crônica.
P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal.



20. APÊNDICES

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA**I-IDENTIFICAÇÃO:**

NOME:	_____	DN:	_____
RG:	_____	CNS:	_____
ENDEREÇO:	_____		
BAIRRO:	_____		
UBS	_____		
TELEFONE:	_____	email:	_____

II-DADOS CLÍNICOS:

Paciente hospitalizado? () não () sim			
Hospital _____			
() Internação SUS () Internação convênio/plano/privada		Ambulatório: () SUS () Privado	
Diagnóstico primário _____		CID _____	
10: _____			
Cuidados Paliativos? () Sim () Não			
Comorbidades: _____			

() Edema por insuficiência cardíaca () Evidência de cor pulmonale () Hematócrito > 55%			
() Tabagista () Ex tabagista () Nunca fumou () Uso de crack ou maconha			
Participa ou participou de grupo de cessação de tabagismo () Sim () Não			
SpO ₂ em repouso: _____ % SpO ₂ de esforço: _____ % SpO ₂ noturna: _____ %			
Suporte ventilatório: () CPAP () BIPAP () Outro -			
Qual? _____			
Medicações em uso - relatar TODAS com ação no Sistema Respiratório e Cardiovascular:			

GASOMETRIA ARTERIAL em ar ambiente* e em repouso (preferencialmente realizado no máximo há 30 dias ou, se internação, próximo a alta):			
Data da coleta: ____/____/____ pH: _____ PaO ₂ : _____			



PaCO₂: _____

 HCO₃: _____ BE: _____

 SaO₂: _____

*Em caso de dependência 24 horas do oxigênio ou risco potencial, emitir declaração médica de que o paciente não tem condições de realização do exame em ar ambiente.

HEMOGRAMA (colhido na mesma data ou data próxima da gasometria):

HB: _____ HT: _____ Plaquetas: _____

 Crianças e adolescentes (até 16 anos) será aceito o valor obtido por oximetria de pulso -SpO₂:

 SpO₂ com O₂ suplementar: _____% SpO₂ em ar ambiente: _____%

III-EXAMES COMPLEMENTARES ADICIONAIS

Espirometria pré BD: CVF _____ L VEF1: _____ L VEF1/CVF: _____

Data: _____

Espirometria pós BD: CVF _____ L VEF1: _____ L VEF1/CVF: _____

Data: _____

Ecocardiograma: _____

PMAP estimada: _____

Data: _____

RX de tórax: _____

Data: _____

Outros: _____

IV-PRESCRIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA

 Dispositivo de administração: () cateter nasal () máscara simples () máscara com reservatório () máscara de venturi () cateter traqueal () BIPAP ou CPAP + O₂

 Fluxo de O₂ (concentrador):

_____ L/min diurno _____ L/min noturno _____ L/min esforço/exercício

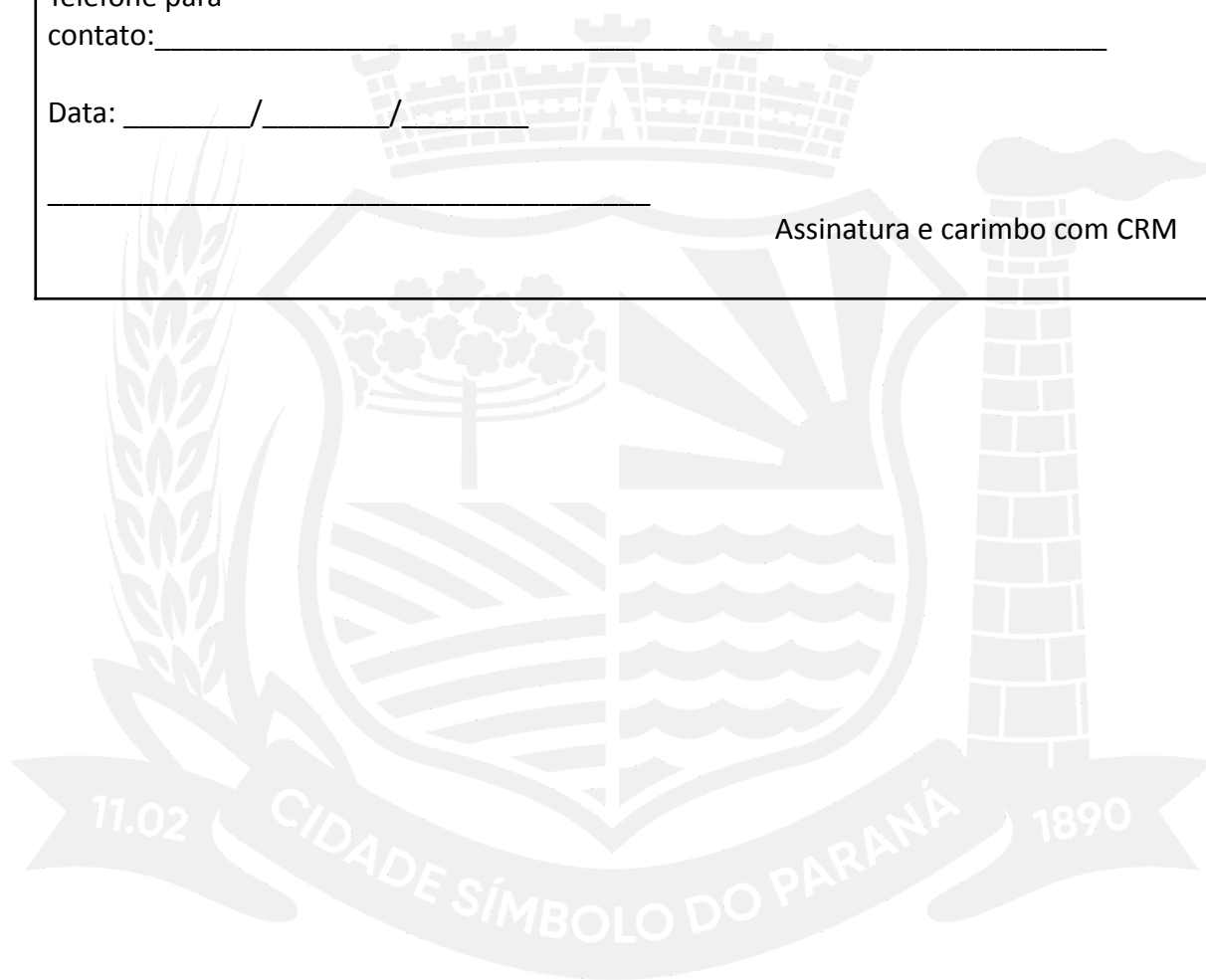
Tempo de suplementação (ao dia): () 24 horas () 12 a 18 horas/dia () 06 a 12 horas/dia

Uso intermitente - justificar: _____

 SPO₂ com fluxo prescrito: _____% _____ L/min


V - DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____	CRM: _____
Especialidade: _____	
Telefone para contato: _____	
Data: ____/____/____	
_____ Assinatura e carimbo com CRM	



APÊNDICE II - FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO



FORMULÁRIO DE ORIENTAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE OXIGENOTERAPIA**

DADOS PESSOAIS	
Nº do Processo:	
Data de abertura:	
Paciente:	
CPF do Paciente:	
Rua, Nº:	
Bairro:	
CEP:	

Declaro o recebimento de:

- **Cilindro auxiliar de oxigênio** com um mínimo 1m³, acompanhado de válvula reguladora com manômetro com carrinho ou suporte;
- **Concentrador portátil e acessórios**, para uso domiciliar, fluxo mínimo de gás: vazão de 0,5 a 5 litros por minuto ou maior.

Termos do Processo

1. Que fui orientado quanto à correta utilização do cilindro de oxigênio;
2. Que devo utilizar o cilindro de backup somente em caso de queda de energia ou dano repentino no aparelho (nesses casos devo informar imediatamente a empresa através do **(0800-7730322)**;
3. Que é de minha inteira responsabilidade a guarda e conservação dos equipamentos fornecidos pela SMSA;
4. Que devo receber mensalmente a empresa fornecedora dos equipamentos para verificação dos quesitos contratuais e trimestralmente um servidor da SMSA;
5. Que o paciente deve passar por consulta com o fisioterapeuta da rede para verificar possibilidade de “desmame”;
6. Que o período de fornecimento será de até seis (06) meses, após o início da entrega dos equipamentos, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos enquanto permanecer a necessidade do paciente, mediante apresentação da prescrição médica do pneumologista junto com exame de gasometria, um mês antes do final do período de fornecimento, estando sujeito ao cancelamento caso esse prazo não seja observado pelo solicitante;
7. Que a prescrição e a gasometria devem ser apresentadas para a AAC que incluirá no processo respectivo;
8. Que caso de mudança de endereço (dentro de Araucária) devo comunicar a Assessoria de Atendimento ao Cidadão que fará a requisição de mudança de endereço à empresa fornecedora do oxigênio;
9. Que não devo, **em hipótese alguma**, retirar os equipamentos da residência sob pena de ter os mesmos recolhidos imediatamente;
10. Que caso de mudança de endereço (mudança de Araucária), alta médica ou óbito do paciente devo comunicar **imediatamente** a Assessoria de Atendimento ao Cidadão para encerrar o Processo Administrativo e solicitar o recolhimento dos equipamentos;
11. Que devo estar na residência para realizar a entrega dos equipamentos;
12. Que o descumprimento de quaisquer dos itens acima acarretará em responsabilização judicial



**APÊNDICE III - FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO MENSAL - PREENCHIMENTO
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



FICHA DE ACOMPANHAMENTO - OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA
1-DADOS GERAIS

Nome:	
Idade:	Gênero: () M () F () outro _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Data Inclusão no Programa: ____/____/____
UBS:	
Equipe ESF:	ACS Responsável:
Diagnóstico Médico:	CID:
Médico Responsável (especialidade/serviço):	
Data de Início de utilização do equipamento:	Tempo de uso prescrito:
Prescrição: ____ L/min	() contínuo () intermitente: ____ horas/dia
Obs: _____	

2-DADOS TÉCNICOS/ROTINA

1 - Dispositivo de oxigênio em uso:
 () CILINDRO/CAPACIDADE: ____ m³ () CONCENTRADOR

2- Suporte ventilatório: () BIPAP () CPAP () VMI () Nenhum

3-Interface: () CATETER NASAL () MÁSCARA SIMPLES () MÁSCARA COM RESERVATÓRIO () MÁSCARA VENTURI () CATETER TRAQUEAL

3 - Paciente é fumante (hábito ativo)? () SIM () NÃO

4 - Alguém que reside na casa é fumante? () SIM () NÃO

5 - Possui oxímetro? () SIM () NÃO

6 - A mensuração diária da oximetria está sendo realizada? () sim () Não

7 - O paciente usa o oxigênio conforme prescrito? () SIM () NÃO

8 - O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico? () SIM Data do atendimento: ____/____/____ () NÃO

09 - Se sim, aumentou ou diminuiu o consumo de oxigênio? _____

Fluxo de O₂ na data atual: ____ L/min

10- Data da última consulta com médico assistente: ____/____/____

11 - Data da próxima consulta com médico assistente: ____/____/____

12 - Tempo médio de uso de oxigênio diariamente (HORAS/DIA):
 () 9-12 () 12-15 () 15-18 () 18-21 () 21-24

13 - Atividades cotidianas (marcar as alternativas que o paciente realiza na vida diária):
 () toma banho sozinho () veste-se sozinho () alimenta-se sozinho () realiza atividades domésticas leves () realiza caminhadas ou alguma atividade física no domicílio () participa de



alguma atividade comunitária (lazer, religiosa ou outra)
 14 - Condições de saúde da pele (verificar contato com equipamento)
 ()Pele íntegra ()Pele com vermelhidão ()Pele com lesão
 Informações complementares:

3-ESTADO DE CONSERVAÇÃO DO EQUIPAMENTO

Concentrador	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Cilindro	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Fluxômetro	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Cateter nasal	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____
Umidificador	() Bom, sem avarias	() Com avarias _____

Data da última visita/manutenção da empresa prestadora de serviço: _____

4-DADOS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Nome: _____
 Profissão: _____ Registro no Conselho de Classe: _____
 Consulta: () presencial () remota
 Matrícula PMA: _____

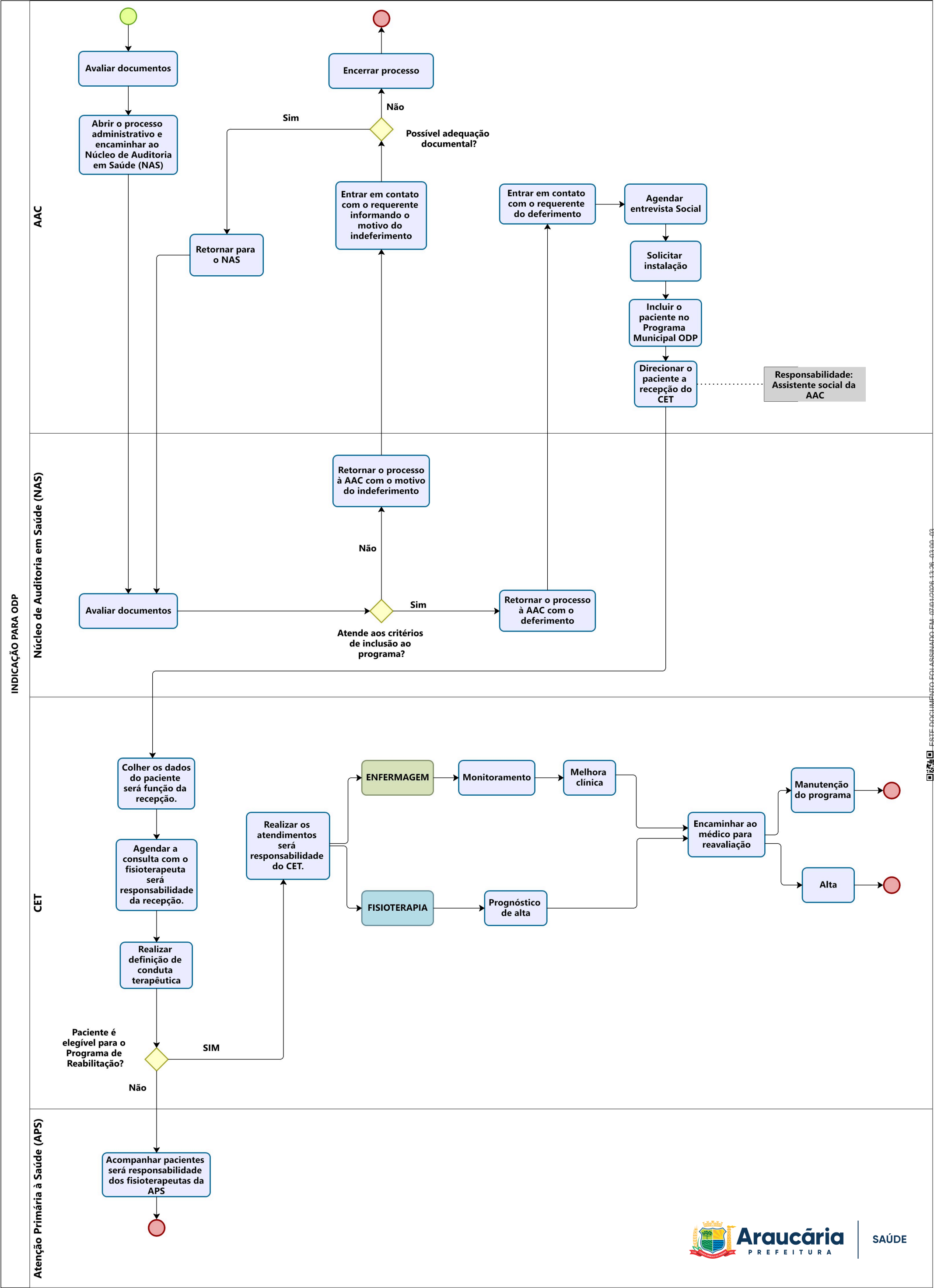
Assinatura e carimbo



APÊNDICE IV - FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO



FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO



21. HISTÓRICO DE REVISÕES

Identificação: Protocolo Clínico Municipal de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada			
Edição	Elaborado por	Aprovado por	Descrição da edição
00	José de Carvalho Junior - Coordenação AAC Julio Celestino Pedron Romani - RTg Fisioterapia Adriano Ademir Strugala PA 169425/2024	Carolina de Almeida Torres Direção DAE Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock Direção Técnica PA 169425/2024	Elaboração do documento

