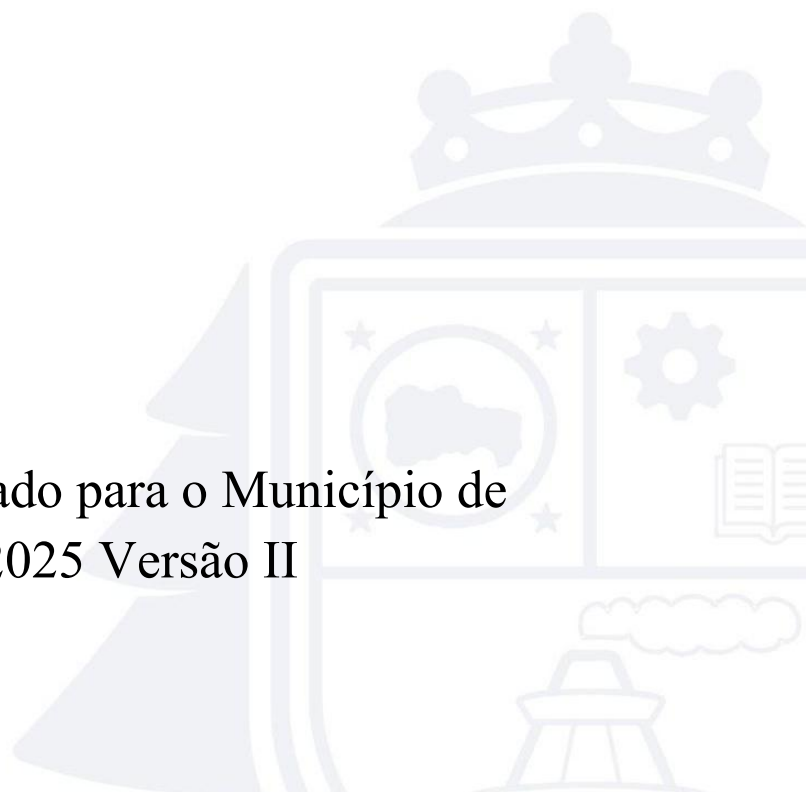


PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

Protocolo singularizado para o Município de
Caieiras– 2025 Versão II



EQUIPE GESTORA

Prefeito do Município

Gilmar Soares Vicente

Secretário Municipal de Saúde

Dr. Eduardo Viudes dos Santos

EQUIPE TÉCNICA

Diretora de Atenção Básica

Martha Azevedo dos Santos Pasini

Diretora de Atenção Especializada

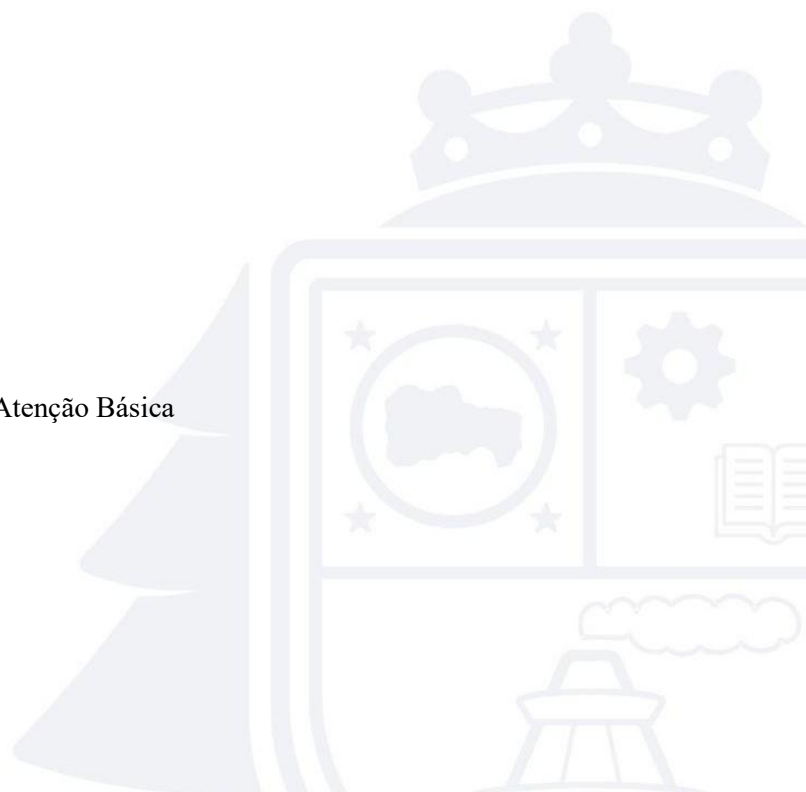
Vanessa Cristiane Mattiazzo

Diretora Clínica

Ana Hellen Lima da Silva

Colaboradores:

Fernanda Cristina Gonçalves – Apoiadora da Atenção Básica



1. Introdução

Este protocolo é direcionado aos profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes com doenças respiratórias e sistêmicas que evoluem com hipoxemia crônica. Abrange:

- Definição de critérios clínicos e gasométricos para a indicação da ODP;
- Padronização do processo de solicitação e autorização;
- Fluxos de acompanhamento clínico e laboratorial;
- Responsabilidades das equipes de atenção básica, serviços de urgência e especialistas;
- Orientações sobre cuidados com o equipamento, segurança domiciliar e educação em saúde.

As condições clínicas contempladas incluem, mas não se limitam a:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- Fibrose pulmonar idiopática e outras pneumopatias intersticiais;
- Hipertensão arterial pulmonar;
- Bronquiectasias;
- Sequelas de tuberculose pulmonar;
- Fibrose cística;
- Doenças neuromusculares com repercussão respiratória;
- Apneia do sono grave refratária ao tratamento convencional;
- Doença cardíaca avançada com hipoxemia refratária (ex.: insuficiência cardíaca congestiva grave).

Sabe-se que o uso de oxigenoterapia domiciliar (OD) pode aumentar a sobrevida em pacientes com doença pulmonar crônica, como a DPOC. A OD é frequentemente prescrita para pacientes com hipoxemia crônica, onde a oxigenação adequada pode melhorar a função pulmonar e a capacidade de exercício, reduzir a dispnéia e melhorar a qualidade de vida. (Castellano, 2022) McCoy, 2013 diz que o oxigênio provou ser um medicamento eficaz no tratamento da hipoxemia, com uma ampla gama de aplicações tanto no hospital quanto em casa. Pacientes com doenças que causam hipoxemia crônica necessitam de oxigênio suplementar continuamente para prevenir consequências e comorbidades.

Padronizar avaliação, indicação, prescrição, acompanhamento, manutenção e suspensão da oxigenoterapia domiciliar (OD), incluindo oxigenoterapia de longa duração (OLD/ODP), oxigênio ambulatorial (para esforço) e uso noturno, com critérios claros de inclusão, reavaliação periódica e descontinuação, conforme recomendações da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e diretrizes internacionais.

2. Objetivos

- Fornecer ao munícipe da cidade de Caieiras Oxigenoterapia Domiciliar (OD) para atendimento da Legislação. Em nosso meio, o acesso à OD é garantido pelas Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (Leis Federais n.8080/90 e n. 8142/90) que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e garantia desse direito a todo cidadão.

- Padronizar a Oxigenoterapia Domiciliar (OD) para garantir eficiência ao acesso e monitoramento dos pacientes que utilizam este tratamento.

3. Definições

- OLD/ODP: uso ≥ 15 horas/dia, idealmente contínuo, para hipoxemia crônica estável, dar preferência ao uso de concentradores de oxigênio, quando disponíveis os aparelhos
- AOT: oxigênio suplementar durante esforço para corrigir dessaturação significativa.
- Hipoxemia grave: $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou $\text{SpO}_2 \leq 88\%$; ou PaO_2 56–59 mmHg/ SpO_2 89% com cor pulmonale, hipertensão pulmonar, edema periférico ou $\text{Hct} \geq 55\%$.

Doenças elegíveis para OD:

- DPOC
- Doenças pulmonares intersticiais (DPI)
- Fibrose cística
- Sequelas de COVID-19
- Hipertensão pulmonar primária
- Doenças neuromusculares com hipoventilação crônica
- Outras condições com hipoxemia crônica comprovada

4. Indicações

A oxigenoterapia domiciliar está indicada em hipoxemia grave documentada em condições estáveis, em repouso, ou em situações específicas como dessaturação significativa ao esforço ou durante o sono. Deve-se reavaliar indicações temporárias (pós-exacerbação) em 1–3 meses.

5. Fluxo de solicitação do serviço de oxigenoterapia domiciliar

Pacientes com indicação de OD para que recebam o oxigênio, deverão:

1. Paciente ou familiar, munícipes de Caieiras, deverá se dirigir a Unidade Básica de Saúde (UBS) municipal mais próxima de sua residência com a prescrição médica solicitando Oxigenoterapia Domiciliar ou com a ficha de solicitação de oxigênio domiciliar preenchida (Anexo I), resultado da gasometria arterial recente e trazer cópias do seu RG, CPF, cartão SUS, comprovante de endereço, além de cópias do RG e CPF do seu responsável.
2. A UBS deverá preencher a Ficha de Cadastro (Anexo II) – em duas vias (uma fica na UBS e a outra deve ser anexada aos documentos), cadastrar e fornecer o cartão SUS, caso o paciente não possua.
3. A UBS ao receber o paciente/familiar deve conferir a documentação, abrir um prontuário médico, caso não haja.
4. A UBS deverá informar ao paciente sobre sua inclusão no Programa de OD. Deverá orientar como o paciente/familiar solicitará, regularmente, a reposição de oxigênio, via telefone, com a empresa responsável de oxigenoterapia, (11 96473-5652) ou no email: solicitacoes@airlab.com.br.

Aconselhará sobre a importância de comunicar à UBS qualquer ocorrência com o paciente: internação hospitalar, retorno domiciliar após a alta, mudança de endereço, viagens, óbito, etc. Além disso, o paciente deverá ser assistido pela UBS.

5. Após orientações e abertura de processo feito pela UBS, a UBS formaliza o pedido do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar enviando a solicitação no email: **oxigenio@caieiras.sp.gov.br**. O responsável pela verificação do email, irá formalizar o pedido junto a empresa de oxigenoterapia, por e-mail.

6. Posteriormente, a empresa irá avaliar a viabilidade técnica/operacional da fonte de oxigênio definida para o paciente e a estrutura residencial, e assim adequar as condições de atendimento e os recursos a serem utilizados.

7. A empresa valida a fonte de oxigênio indicada pelo médico, implementa os serviços e fornece orientações aos pacientes e familiares sobre a fonte de oxigênio e seu manuseio. Os procedimentos dos itens 7 e 8 não deverão ultrapassar 48 (quarenta e oito) horas.

8. A empresa de oxigênio enviará mensalmente por meio eletrônico o relatório de pacientes atendidos versus a fonte de oxigênio recebida para a Diretoria.

5. Prescrição Terapêutica

- Alvo: manter $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ (ou 88–92% em risco de hipercapnia).
- Duração: ≥ 15 h/dia, incluindo sono.
- Fluxo: iniciar com 1–3 L/min em cânula nasal, titular conforme $\text{SpO}_2/\text{PaO}_2$.
- Humidificação: considerar >4 L/min.
- Educação: proibição de fumar, manutenção de dispositivos e segurança domiciliar.

6. Monitorização dos pacientes

A avaliação periódica dos pacientes será realizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica onde o paciente é acompanhado. Os profissionais deverão preencher o “Relatório de Monitoramento Mensal” (Anexo III), que deve ser assinado pelo paciente ou pelo responsável e arquivado na UBS responsável pelo acompanhamento do paciente. Entregar o Guia do Usuário (Anexo IV) ao paciente com as orientações de cuidados com o cilindro de oxigênio. Adicionalmente, o paciente deverá assinar o termo de responsabilidade (Anexo V) referente ao uso dos cilindros de oxigênio. Este documento também deverá ser arquivado na UBS responsável pelo paciente.

6. Reavaliação

- Estável: reavaliar em 60–90 dias após início e depois a cada 6–12 meses (3–6 meses em DPI).
- Pós-exacerbação: reavaliar em 1–3 meses.
- A reavaliação clínica e laboratorial deverá ser obrigatoriamente realizada pelo médico da EMAD ou médico da UBS responsável, que deve solicitar e interpretar os exames (ABG, oximetria, oximetria noturna).

7. Critérios de Manutenção e Exclusão

- Manter quando persistem critérios de hipoxemia grave em repouso ou dessaturação ao esforço com benefício funcional.
- Suspender somente mediante laudo médico formal, emitido pela UBS ou EMAD, após comprovação de melhora ($\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ ou $\text{SpO}_2 \geq 90\%$ em duas medidas estáveis), ou quando a indicação temporária se resolver.
- Não indicar em hipoxemia leve (SpO_2 89–93%) sem complicações.
- Não será autorizado os casos de preenchimento incompleto das fichas de solicitação médica, tais como: nome do paciente, diagnóstico, dados gasometria arterial, parâmetros dos equipamentos, data, assinatura e carimbo do médico solicitante, ficha de solicitação médica e exame de gasometria arterial com data superior a 30 dias

8. Atribuições

Diretoria Atenção Básica

- Definir diretrizes para a OD
- Disponibilizar recursos financeiros para a OD.
- Licitar e contratar empresa prestadora de serviço.
- Planejar e coordenar, em conjunto com as Unidades Básicas as ações a serem realizadas.

Unidade Básica de Saúde

- Acolher, cadastrar e orientar o paciente/familiar quanto aos requerimentos para o recebimento da OD.
- Realizar visitas domiciliares para monitoramento dos pacientes assistidos.

ADM responsável pelo email oxigenio@caieiras.sp.gov.br

- Atender as UBS nas solicitações da Oxigenoterapia Domiciliar.
- Enviar para a empresa, a inclusão dos pacientes no programa, assim como qualquer outra alteração.
- Cadastrar e atualizar a lista de pacientes que utilizam OD.

Usuário

- Apresentar a documentação solicitada para autorização e manutenção da OD.
- Receber e assinar as entregas do oxigênio no domicílio e no campo de observações, qualquer ocorrência quanto ao fornecimento.
- Informar a UBS sobre internação hospitalar, retorno ao domicílio após a alta, mudança de endereço, viagens, óbito, etc.,
- Concordar e assinar o Termo de Responsabilidade para a ODP Atender quaisquer outras informações necessárias ao protocolo.
- Comunicar a mudança de endereço com antecedência a SMS, pois a fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) e os equipamentos de ventilação somente poderão ser

transportados fora do domicílio com a autorização da Secretaria da Saúde de Caieiras e o acompanhamento da empresa contratada para prestação do serviço, exceto o cilindro de transporte;

- Comunicar a empresa prestadora do serviço problemas com os equipamentos de oxigenoterapia e/ou ventilação domiciliar
- Manter esquema anual de vacina contra gripe e contra pneumonia;

9. Descrição das Siglas

ABG: Gasometria arterial (Arterial Blood Gas)

AOT: Oxigênio ambulatorial (Ambulatory Oxygen Therapy)

DPI: Doença pulmonar intersticial

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

Hct: Hematócrito

HP: Hipertensão pulmonar

OLD/ODP: Oxigenoterapia de longa duração / prolongada

PaO₂: Pressão parcial de oxigênio no sangue arterial

SaO₂/SpO₂: Saturação periférica de oxigênio

SBPT: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

10. Referências

- AMERICAN THORACIC SOCIETY. *Home oxygen therapy for adults with chronic lung disease: an official ATS clinical practice guideline*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2020.
- BRITISH THORACIC SOCIETY. *Guideline for home oxygen use in adults*. Thorax, 2015.
- CASTELLANO, M. V. C. de O. et al. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) nas doenças crônicas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 48, n. 5, p. e20220179, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20220179>. Acesso em: 8 set. 2025.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD – 2024 report*. 2024. Disponível em: <https://goldcopd.org/>. Acesso em: 8 set. 2025.
- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). *Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention – 2025*. 2025.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Doença pulmonar obstrutiva crônica*. 2024.
- PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS nº 19, de 16 de novembro de 2021. *Institui diretrizes para o fornecimento de oxigenoterapia domiciliar prolongada no âmbito do SUS*.

- ROBERT, W. McCOY. Options for home oxygen therapy equipment: storage and metering of oxygen in the home. *Respiratory Care*, v. 58, n. 1, p. 65-85, jan. 2013. DOI: 10.4187/respcare.01932.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Diretrizes para oxigenoterapia domiciliar*. Florianópolis, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. *Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada*. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. *Oxigenoterapia*. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publicogeral/doencas/oxigenoterapia/>. Acesso em: 8 set. 2025.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. *Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada*. 2010.



Anexo I- Ficha de Solicitação de Oxigênio Domiciliar

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF Nº _____

Patologia Pulmonar: _____ CID10: _____

Patologias associadas: _____

CID10: _____

Paciente Hospitalizado: () Não () Sim. Hospital: _____

AValiação DO PERFIL DE OXIGENAÇÃO DO PACIENTE:

1-Gasometria arterial (paciente estável, sem uso de oxigênio em repouso).

Data da realização: ____/____/____

pH: ____ pCO2: ____ pO2: ____ Sat.O2: ____ % BIC: ____ BE: ____

2 –Oximetria de Pulso: _____ Data da realização: ____/____/____

Outros exames: _____

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Fluxo de O2: _____ l/min

Tempo de uso diário: () _____ h/dia () noturno _____ () somente aos esforços

DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE:

Nome: _____

CRM: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico/ Enfermeiro



**ANEXO II - FICHA DE CADASTRO DO PACIENTE AO SERVIÇO DE
OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

DATA DA REQUISIÇÃO:

1. Identificação do paciente

Nome:

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ()Feminino ()Masculino

CPF nº:

Cor ou Raça: () branca () preta () parda () amarela () indígena

Endereço: _____ nº

Complemento _____ Bairro _____ CEP _____

Telefone para contato _____

2. Identificação do responsável

Nome:

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____ nº

Complemento _____ Bairro _____ CEP _____

Telefone para contato _____

3. Documentos entregues

()Solicitação médica (dados da solicitação médica com tempo de uso diário, fluxo de O2l/min, em repouso e atividade)

()Exame de gasometria Data do exame: _____

()Cópia CPF

()Cópia RG

()Comprovante de endereço

4. Orientações ao paciente e responsável

- Solicitação e reposição de oxigênio pelo telefone: (11)96473-5652/ AIRLAB.
- Sempre informar a UBS sobre internação hospitalar, retorno ao domicílio após a alta, mudança de endereço, viagens, etc.,
- Solicitação para oxigênio de transporte para viagens ou consultas, entrar em contato com a AIRLAB.
- Reparos, manutenção e insumos de oxigenoterapia, entrar em contato com a AIRLAB.
- Receber e assinar as entregas do oxigênio no domicílio e no campo de observações, qualquer ocorrência quanto ao fornecimento

CIÊNCIA PACIENTE/ACOMPANHANTE

ANEXO III– Relatório de Monitoramento

Relatório de Monitoramento		
UBS:		
Nome: _____		
Dt. Nasc: ____/____/____ Idade: _____ RG: _____		CPF: _____
Endereço: _____		Telefone: _____
Diagnóstico: _____		CID: _____
Doenças Associadas: _____		
Prescrição:		
a- Fluxo: _____		b- quantidade de horas/dia: _____
Avaliação Clínica		
Pulso:- _____	Oximetria: sem O2 _____%	com O2 _____%
FR: _____	FC: _____	
Vistoria Técnica		
Oxigênio Gasoso (Cilindro) e ou Concentrador de Oxigênio		
Lote: _____		
Aspecto Geral (Fluxômetro, Umidificador, Válvula reguladora de Pressão): _____		
Especificar: _____		
Observações Gerais:		

Identificação do Responsável: Paciente/Familiar/Acompanhante		
Nome: _____		
Idade: _____ RG: _____ CPF: _____		
Assinatura: _____		
Identificação do Profissional de Saúde		
Nome: _____		Função: _____
Assinatura: _____		Data: ____/____/____

ANEXO IV – Guia do Usuário (Cuidados com Cilindros de oxigênio)

1. Não fumar no interior da residência. Caso existam fumantes na residência sugerir o abandono do hábito. Encaminhar ao Programa Municipal Anti Tabagismo se necessário;
2. Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
3. Usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
4. Comunicar à UBS quaisquer alterações: alta da terapêutica, mudança de endereço, óbito, internação hospitalar superior a 15 dias;
5. Comparecer às consultas de retorno;
6. Realizar os exames solicitados;
7. Manter esquema anual de vacina contra gripe e pneumonia;
8. Comunicar à empresa fornecedora quaisquer problemas relacionados aos cilindros;
9. Receber a equipe de visita domiciliar da UBS;
10. Solicitar o abastecimento dos cilindros sempre que necessário através da empresa fornecedora.

Atenção: Em caso de **FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA**, informar o responsável do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada.



ANEXO V – Termo de Responsabilidade

Termo de Responsabilidade
Eu _____, portador do Cartão Nacional de Saúde de nº _____, RG nº _____, morador rua/av _____ nº _____ complemento _____, Bairro _____, CEP _____, telefone _____ Caieiras, recebi da empresa Airlab: ☐ Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar ☐ Cilindro de gás sob pressão fonte estacionária e acessórios para uso domiciliar ☐ Cilindro de gás sob pressão fonte portátil e acessórios para uso domiciliar ☐ Oxigênio líquido fonte estacionária e portátil e acessórios para uso domiciliar ☐ CPAP nasal e acessórios
Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação dos equipamentos fornecidos, no compromisso assumido de apresentar receitas e relatórios médicos nos prazos estabelecidos, bem como comunicar a UBS qualquer situação que interrompa o fornecimento ao paciente. Em caso de Perda ou roubo, deverei elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato.
Caieiras, _____ de _____ de _____ _____ Nome e assinatura do paciente ou de seu responsável

[illegible]