



INSTITUTO DE
ADMINISTRAÇÃO
DA SAÚDE I



**CUIDADOS
RESPIRATÓRIOS**
Domiciliários • RAM

Manual de Relacionamento

Convenção

1 de abril de 2023

Índice

| | | |
|-------|---|----|
| 1. | Enquadramento | 4 |
| 2. | Beneficiários | 4 |
| 3. | O Acesso | 5 |
| 4. | Prescrição de CRD | 5 |
| 5. | Modalidade de tratamento comparticipada | 6 |
| 6. | Relacionamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e os Prestadores aderentes | 6 |
| 7. | Calendário da Conferência | 7 |
| 8. | Regras de faturação | 9 |
| 8.1 | Fatura | 9 |
| 8.2 | Requisições | 11 |
| 8.3 | Credencial | 11 |
| 8.4 | Comprovativo de instalação | 11 |
| 8.5 | Comprovativo de devolução | 12 |
| 8.6 | Ficheiro de registo e monitorização dos utentes em CRD | 12 |
| 8.7 | Ficheiro da prestação | 13 |
| 8.8 | Nota de crédito/débito | 13 |
| 8.8.1 | Refaturação | 14 |
| 9. | Retificações/Divergências na faturação | 14 |
| 10. | Esclarecimentos / Reclamações | 17 |
| 11. | Anexos | 17 |

Índice de Figuras

| | |
|--|-------------------------------------|
| Figura 1 - Calendário de Faturação | 7 |
| Figura 2 - Demonstração de Exemplar Fatura | Erro! Marcador não definido. |

Índice de Tabelas

| | |
|---|-------------------------------------|
| Tabela 1 - Lista de anomalias | Erro! Marcador não definido. |
| Tabela 2 - Codificação/ Nomenclatura de cada tratamento | 59 |

Índice de Ilustrações

| | |
|--|----|
| Ilustração 1- Anexo I circular normativa S5..... | 58 |
| Ilustração 2 – Anexo II Codificação / Nomenclatura de CRD..... | 59 |
| Ilustração 3 - Anexo III Comprovativo de Instalação..... | 60 |
| Ilustração 4- Anexo IV Comprovativo de Devolução..... | 61 |
| Ilustração 5 – Anexo V Registo e Monitorização dos Utentes em CRD..... | 62 |
| Ilustração 6 - Anexo VI Minuta de Credencial..... | 63 |

1. Enquadramento

Pela Portaria nº 46/2023, de 13 de janeiro, alterada pela Portaria nº 116/2023, de 28 de fevereiro, foi aprovado o clausulado-tipo e respetivos anexos de convenção para a prestação de cuidados técnicos de saúde, na área de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), aos utentes do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SRS-Madeira).

Assim, em cumprimento do estipulado no nº 3 da Cláusula 17.ª do Anexo à Portaria supramencionada, foi aprovado, através de deliberação do Conselho Diretivo do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM), o presente Manual de Relacionamento que consagra as orientações sobre as quais assentam os procedimentos mensais relativos ao relacionamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e os prestadores aderentes, referentes à faturação e respetiva conferência dos CRD.

As regras definidas no clausulado da Convenção n.º 1/2020, celebrada entre a Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e o Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Médicos, operacionaliza o princípio da complementaridade entre o setor público de saúde e a medicina privada convencionada no sentido da garantia do acesso à saúde pelos beneficiários do SRS-Madeira.

Dentro das regras estabelecidas pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 11/2017/M, de 03 de outubro, alterado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 08/2022/M, de 06 de maio é possível constar que ao utente não cabe qualquer copagamento.

O prestador aderente à Convenção, aquando da sua adesão, aceita as condições constantes do clausulado-tipo publicado pela Portaria n.º 46/2023, de 28 de fevereiro, na sua redação atual, comprometendo-se, igualmente, ao cumprimento das obrigações decorrentes da cláusula 8.ª da citada Portaria.

A adesão à Convenção torna-se efetiva, em termos de faturação, no primeiro dia do mês acordado com o prestador aquando da formalização da adesão.

Segue-se o capítulo de apresentação do calendário a respeitar pelos prestadores aderentes no que respeita ao envio da documentação / informação e dos prazos definidos para a disponibilização dos resultados de conferência pelo IASAÚDE, IP- RAM.

2. Beneficiários

A Convenção para a prestação de CRD abrange os utentes do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SRS-Madeira).

De referir que, nos casos de utentes detentores de subsistemas de saúde, cuja prestação dos serviços teve o seu início antes de 1 de abril de 2023 e cuja prescrição ainda se encontre em vigor, o IASAÚDE, IP-RAM passa a ser a entidade financeira responsável, apenas a partir da data da renovação da prescrição.

Alerta-se que, apenas é considerado utente desde que identificado na respetiva requisição com o **número de utente**.

3. O Acesso

Nos termos do n.º 1 da cláusula 9.ª do clausulado-tipo da convenção para CRD, aprovado pela Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual, infere que o acesso dos utentes aos cuidados técnicos objeto da presente convenção faz-se mediante requisição de médico assistente do SESARAM, EPERAM, acompanhada de credencial dirigida ao prestador dos cuidados técnicos de saúde, contendo o motivo da necessidade de prestação do serviço conforme minuta aprovada na Portaria supra referida.

4. Prescrição de CRD

No que concerne às prescrições, estas devem obedecer às Normas de Prescrição e Prestação de CRD em vigor, aprovadas pela Portaria n.º 27/2013, de 16 de abril, alterada pela Portaria n.º 21/2015, de 29 de janeiro, sendo que a requisição deverá estar em conformidade com o modelo aprovado pela legislação supra referida e preenchida por médico em exercício de funções nos serviços públicos de saúde da RAM, cumprindo com as Normas de Orientação Clínica, na sua redação atual, da Direção Geral de Saúde, adaptadas à RAM, pela circular normativa S5, de 4/04/2013, que se junta em anexo I e que fazem parte integrante deste manual.

A prescrição pode apresentar uma validade máxima de 180 dias, a contar da data da sua emissão, finda a qual, perde a sua validade sendo necessário proceder à sua renovação caso se mantenha o tratamento, sem prejuízo das regras específicas contidas em NOC da DGS, aplicadas à RAM.

O prazo de validade previsto tem um **período de carência de 30 dias** para salvaguardar a previsão da renovação da prescrição, aplicando-se à última prescrição de longa duração enviada.

A data de início da continuação de uma prescrição em fornecimento é o dia seguinte à data de fim da prescrição a continuar. A data de início da continuação de uma prescrição terminada, dentro do período de carência, é o dia seguinte à data de fim da prescrição a continuar, contudo caso esteja fora do período de carência, a data de início da continuação é a data de prescrição.

Considera-se prescrição de continuação quando o tipo de tratamento é continuado e não se verifique um intervalo **igual ou superior a 10 dias** seguidos entre a data do fim e reinício do tratamento.

Não se aplica o período de carência supra referido nas requisições iniciais ou isoladas.

No presente, enquanto não se concretize a alteração da prescrição em CRD, de acordo com o n.º 2 da cláusula 9.ª do clausulado-tipo da convenção para CRD, aprovado pela Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual, mantêm-se em vigor a prescrição de CRD aprovada pela Portaria n.º 27/2013, de 16 de abril, na redação atual.

5. Modalidade de tratamento participada

As modalidades de tratamento participadas aos utentes do SRS-Madeira à prestação de CRD, constam do anexo I ao anexo da Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual e em anexo II ao presente Manual.

Nos termos do n.º 3 da cláusula 3.ª da Portaria supra referida, ao utente não cabe qualquer encargo proveniente da prestação de CRD, sendo que o prestador aderente não pode cobrar ao utente qualquer copagamento, sendo que ao IASAÚDE, IP-RAM cabe a assunção da totalidade da despesa de acordo com a tabela supra referida.

6. Relacionamento entre o IASAÚDE, IP-RAM e os Prestadores aderentes

O IASAÚDE, IP-RAM, no âmbito da convenção relaciona-se estreitamente com os prestadores aderentes de CRD para os seguintes efeitos:

- a) Disponibilização de informação útil para o processo de faturação dos prestadores (legislação e circulares aplicáveis);
- b) Receção da informação de faturação, referente aos CRD prestados no mês anterior;
- c) Disponibilização dos resultados de conferência, nomeadamente valores, erros e divergências apuradas.

Por forma a possibilitar a comunicação entre o IASAÚDE, IP-RAM e os prestadores aderentes, encontram-se disponíveis os seguintes canais:

- a) Morada para expediente:
Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM
Rua das Pretas n.º 1,
9004-515 Funchal

A faturação mensal e respetiva documentação de suporte devem ser entregues diretamente nas instalações do IASAÚDE, IP-RAM, mediante prévio agendamento.

- b) Linha de apoio:
291 212300 – IASAÚDE, IP-RAM – opção 3
O número de contacto telefónico, encontra-se disponível nos dias úteis, entre as 9H00 e as 12H30 e as 14H00 e as 17H30, para efeitos de esclarecimento de dúvidas no âmbito do processo de conferência da faturação mensal.
- c) E-mail:
prestadores@iasaude.madeira.gov.pt

O email referenciado serve para serem remetidas solicitações, documentação, pedidos de esclarecimento, sugestões e marcação de agendamento.

7. Calendário da Conferência

O calendário a respeitar pelos prestadores aderentes e pelo IASAÚDE, IP-RAM encontra-se infra esquematizado e devidamente identificado com as várias fases que o compõem, que de seguida se apresenta:

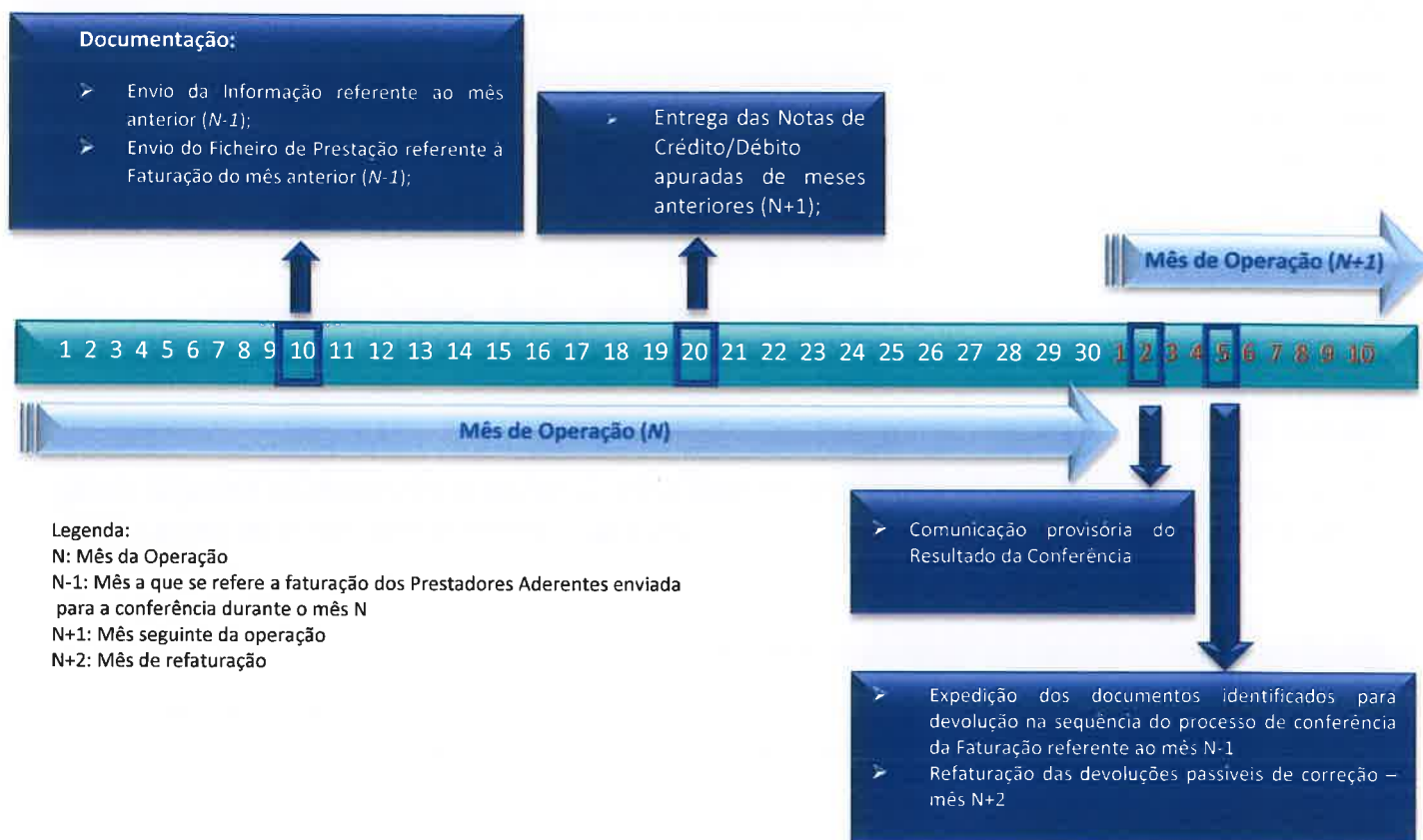


Figura 1 - Calendário de Faturação

Dia 10 do Mês N – Envio da informação de faturação

Corresponde à data limite para receção, pelo IASAÚDE, IP-RAM, da informação de faturação respeitante às prestações de CRD, referente ao mês anterior.

Não são aceites faturas referentes a períodos anteriores ao período supra referido em exceção do período de carência, quando aplicável.

Neste sentido os prestadores aderentes terão de garantir que o registo de entrada da Fatura e Documentação de suporte respeitante ao mês anterior (N-1) ocorre até ao dia 10.

Antes do prazo supra estipulado, deverá ser remetido email para prestadores@iasaude.madeira.gov.pt contendo o ficheiro de prestação, bem como, a respetiva fatura, que após análise, o IASAÚDE, IP-RAM, procede ao agendamento para a entrega presencial da restante documentação e respetiva fatura.

Dia 2 do Mês N+1 – Comunicação do resultado provisório da conferência

Por forma a contribuir para uma correta conferência no dia 2 de cada mês será enviado ao prestador aderente, para o endereço de email por este indicado, o resultado provisório da conferência realizada à faturação correspondente ao mês N-1.

Ao prestador aderente, é concedido um prazo até ao dia 4 de cada mês para pronúncia sobre o resultado provisório apurado, não sendo esta fase de carácter obrigatório.

Não exercendo esta prerrogativa, aplica-se a regra da refaturação, quando aplicável, infra descrita.

Dia 5 do Mês N+1 – Comunicação do resultado da conferência

O processo de conferência decorre no IASAÚDE, IP- RAM desde a entrada da informação de faturação (no dia 10 do mês N), até ao dia 5 do mês N+1, dia em que é comunicada a conferência final relativa ao mês N-1.

Dia 20 do Mês N+1 – Entrega das Notas de Crédito/Débito

Após comunicação do resultado da conferência final, e caso existam divergências, o prestador aderente procede à emissão da respetiva nota de crédito ou débito, por forma a regularizar a fatura.

Dia 5 do Mês N+2 – Refaturação das devoluções passíveis de correção

No caso de devoluções passíveis de correção, as mesmas, devem ser refaturadas no prazo de 30 dias após a comunicação das divergências encontradas, em fatura isolada, fazendo, obrigatoriamente, referência ao número da fatura e ao mês a que se reporta.

Nessa impossibilidade deverá ser criado um campo de observações na respetiva fatura onde conste essa informação obrigatória.

- Note-se que, se os dias fixados supra, ocorram ao fim-de-semana ou dia feriado, entende-se como data limite o dia útil seguinte ao fixado.

8. Regras de faturação

O presente capítulo tem como objetivo apresentar a informação a enviar mensalmente pelos prestadores aderentes para o IASAÚDE, IP-RAM, para efeitos de faturação/conferência/ pagamento.

A faturação é considerada aceite após a receção de toda a documentação a enviar ao IASAÚDE, IP-RAM, até ao dia 10 do mês imediatamente àquele a que respeitam as prestações.

As regras de faturação e pagamento dos serviços prestados, bem como os preços a praticar são os constantes do clausulado-tipo da convenção – Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual.

Para efeitos de faturação, o prestador aderente deverá remeter ao IASAÚDE, IP-RAM, de acordo com o calendário acima identificado, os seguintes documentos:

- a) Fatura;
- b) Requisições (iniciais e de renovação);
- c) Credenciais;
- d) Comprovativo de instalação, se aplicável (anexo III);
- e) Comprovativo de devolução, se aplicável (anexo IV);
- f) Ficheiro de registo e monitorização (anexo V);
- f) Ficheiro da prestação;
- g) Nota de crédito/débito.

Neste sentido, são explicados nas seções seguintes os elementos que devem constar, em cada um dos documentos solicitados. O incumprimento destas diretrizes resulta na devolução ou na não aceitação da faturação.

8.1 Fatura

Deve ser emitida **uma fatura única**, de acordo com a legislação aplicável, nomeadamente o CIVA, e apresentar a seguinte informação:

- a) Indicação de que se trata de Fatura “Convenção - CRD”;
- b) Data de emissão da Fatura;
- c) Ano e mês de faturação, correspondente ao mês a que respeita o período de faturação;
- d) Indicação de Fatura “Original” (uma vez que é obrigatório o envio de uma Fatura em “Triplicado”¹;
- e) Identificação do prestador convencionado, contendo nomeadamente:
 - i. Designação do prestador convencionado;
 - ii. Sede Social;
 - iii. Código Postal;

1 O IASAÚDE, IP-RAM devolve o triplicado da fatura devidamente carimbado ao prestador aderente, como comprovativo de receção.

- iv. Número de Identificação Fiscal.
 - v. Identificação da entidade pagadora, de acordo com o CIVA (incluindo a morada, código postal e número de identificação fiscal), a qual deverá corresponder ao IASAÚDE, IP- RAM;
- f) Descrição e quantidade dos serviços faturados:
- i. Descrição, dos serviços CRD faturados discriminados por tipo de tratamento, com a seguinte informação:
 - o designação do tipo de tratamento;
 - o quantidade por tipo de tratamento;
 - o quantidade de prescrições por tipo de tratamento;
 - o valor total por tipo de tratamento.
 - ii. Valor total dos serviços prestados (arredondado às centésimas), o qual corresponde ao somatório dos valores totais dos tratamentos prestados, sobre o qual incide o cálculo do IVA à taxa legal em vigor na RAM;
 - iii. Valor do IVA arredondado às centésimas, sobre o valor total dos serviços prestados;
 - iv. Valor total da fatura arredondado às centésimas que corresponde ao somatório do valor total dos serviços prestados com o valor do IVA;
 - v. Assinatura do responsável e carimbo da entidade convencionada, quando aplicável.
- g) Inserção do nº de compromisso referente ao serviço prestado em cumprimento da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro.

De seguida apresenta-se modelo **exemplificativo** de dados que deverão constar na fatura.

| | |
|-------------------------|-------------------------|
| Original | Fatura nº: |
| Fatura | Data: |
| Convenção | Entidade: |
| Número de Contribuinte: | Sede Social: |
| | Número de Contribuinte: |

| Tipo de Lote | Quantidade de Lotes | Quantidade de Prescrições | Valor Total |
|---------------------|---------------------|---------------------------|-------------|
| Aerossoterapia | | | € |
| Oxigenoterapia | | | € |
| Ventiloterapia | | | € |
| Outros Equipamentos | | | € |
| Totais | | | € |

Número de Compromisso: _____

Valor dos Serviços Prestados _____ €

Iva _____

Valor Total da Fatura _____ €

Assinatura: _____

Figura 2 - Demonstração de Exemplar Fatura

Dados fictícios, apenas para efeitos de demonstração

No descritivo da fatura deverá ser tido em consideração as prestações efetuadas no âmbito de uma prescrição de continuação que, devem estar identificadas como “prescrições sem papel” e as “prescrições com papel” que correspondem às prescrições iniciais e de renovação, demonstradas por tipo de tratamento.

Refira-se que nos casos onde exista renovação é obrigatório o envio da prescrição.

8.2 Requisições

No que concerne às requisições, estas devem obedecer o plasmado no ponto 4 deste Manual.

As requisições originais, devem ser remetidas juntamente com a fatura a que respeita.

8.3 Credencial

Quando o prestador aderente esteja perante uma requisição inicial, a mesma, deverá ser acompanhada por credencial nos termos do n.º 3 da cláusula 9.ª do Clausulado-Tipo da convenção para a prestação de CRD.

No entanto, nos termos do n.º 4 da cláusula 9.ª do Clausulado-Tipo da convenção para a prestação de CRD, a credencial poderá ser substituída por declaração anual emitida pelo Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM.

Na situação descrita anteriormente cabe ao IASAÚDE, IP-RAM prestar esta informação ao prestador aderente.

8.4 Comprovativo de instalação

Quando o prestador aderente esteja perante uma requisição inicial, a mesma, deverá ser acompanhada por documento conforme anexo IV do anexo à Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual, sendo que, nesta situação, o prestador aderente poderá representar o anexo referido, em formato digital, desde que, cumpra os parâmetros definidos (em anexo III e que faz parte integrante do presente Manual), garantindo que o utente recebe, igualmente, o comprovativo da respetiva instalação.

No caso de opção por documento digital deverá, em situação de falência informática, ser utilizado o formato papel.

Na representação do anexo em formato digital ou em papel deverá, sempre, constar a identificação “**comprovativo de instalação**”.

Em ambas as situações poderão os respetivos documentos ser enviados digitalmente para o email de relacionamento.

Considera-se, igualmente, comprovativo de instalação cópia de documento que demonstre a relação contratual entre o prestador e o utente.

8.5 Comprovativo de devolução

Sempre que ocorra as circunstâncias determinadas na cláusula 11.ª do clausulado-tipo da convenção, nomeadamente, devolução, revisão ou substituição dos equipamentos, deve o prestador aderente, preencher o documento conforme anexo V do anexo à Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual, sendo que, nesta situação, o prestador aderente poderá representar o anexo referido, em formato digital, desde que, cumpra os parâmetros definidos (em anexo IV e que faz parte integrante do presente Manual), garantindo que o utente recebe, igualmente, o comprovativo da respetiva devolução.

No caso de opção por documento digital deverá, em situação de falência informática, ser utilizado o formato papel.

Na representação do anexo em formato digital ou em papel deverá, sempre, constar a identificação **“comprovativo de devolução”**.

Em ambas as situações poderão os respetivos documentos ser enviados digitalmente para o email de relacionamento.

8.6 Ficheiro de registo e monitorização dos utentes em CRD

O ficheiro de registo e monitorização dos utentes em CRD, deverá ser enviado semestralmente juntamente com a faturação correspondente a esse semestre. Sendo que o primeiro deverá ser remetido na faturação relativa ao mês de junho de 2023.

Alerta-se que na remessa do primeiro ficheiro deverão ser inclusos os utentes com prestações desde a entrada em vigor da convenção (1 de abril de 2023) até 30 de junho de 2023.

Para o envio do ficheiro constante do anexo V, deverá ser tido em consideração o preenchimento de uma linha por utente, identificado com o respetivo n.º de utente, por tipo de tratamento.

Na coluna “tipo de prescrição” deverá ser inserto se se trata de prescrição inicial, renovação ou modificação de tratamento.

No campo da “data de prescrição” deverá ser incluída a data da requisição válida para o semestre monitorizado, por tipo de tratamento.

O campo com a epígrafe “data da última visita e/ou revisão”, deverá conter a data da visita ou revisão ocorrida naquele semestre, se aplicável.

A coluna “total de dias” deverá ser preenchida de acordo com o número de dias de prestações correspondentes ao semestre enviado.

8.7 Ficheiro da prestação

Adicionalmente à documentação em papel, o prestador aderente à Convenção deve enviar **obrigatoriamente** um Ficheiro de Prestação, **por tipo de tratamento**, em Formato Excel, no qual indica o detalhe dos utentes, bem como dos serviços prestados que suportam a fatura.

O ficheiro de prestação deve ser enviado em suporte digital, igualmente, nos **até ao dia 10 do mês imediatamente àquele a que respeitam as prestações**, para o seguinte endereço eletrónico: prestadores@iasaude.madeira.gov.pt.

O Ficheiro deve ser identificado no “assunto” com o nome: **Convenção CRD** – mês – Prestador Aderente.

Do Ficheiro de Prestação deve constar a seguinte informação:

- Identificação do utente (número de utente e nome);
- Número da requisição;
- Tipo de requisição (inicial, renovação ou modificação);
- Tipo de tratamento (de acordo com o tipo de tratamento constante na tabela do anexo II);
- Código e nomenclatura CRD (de acordo com a tabela do anexo II);
- Totais dias faturados por utente;
- Valor total faturado por utente;
- Totais dias faturados (correspondente à soma dos dias faturados de todos os utentes);
- Valor Total (corresponde à soma do valor faturado de todos os utentes).

Saliente-se que a faturação apenas se considera entregue após a receção do ficheiro de prestação, pelo que o IASAÚDE, IP-RAM, deve acusar a sua receção pela mesma via.

8.8 Nota de crédito/débito

A nota de crédito ou de débito quando solicitadas, em resultado das divergências apuradas na conferência mensal da faturação, bem como na refaturação de requisições passíveis de correção, devem respeitar as seguintes regras:

- a) As notas de crédito ou débito, solicitadas pelo IASAÚDE, IP-RAM até ao dia 5 de cada mês, deverão ser emitidas, obrigatoriamente, até ao dia 20 do mês da sua solicitação;
- b) Cada nota de crédito ou débito regulariza apenas uma fatura.

Cada nota de crédito ou de débito deve ser emitida de acordo com a legislação aplicável, mais concretamente o CIVA, e apresentar a seguinte informação:

- Número da nota de crédito ou de débito;

- Data da nota de crédito ou de débito;
- Identificação da entidade prestadora, contendo nomeadamente:
 - o nome da entidade prestadora;
 - a sede social;
 - o código postal;
 - número de identificação fiscal;
- Identificação da entidade adquirente, de acordo com o CIVA, e que deverá corresponder ao IASAÚDE, IP – RAM à qual foi emitida a fatura que a nota de crédito ou de débito visa regularizar;
- Número e data da fatura a que respeita;
- Valor a regularizar;
- Assinatura do responsável e carimbo da entidade (o carimbo deverá corresponder à entidade que está a faturar).

8.8.1 Refaturação

As divergências passíveis de correção e respetiva refaturação deverão cumprir com o prazo de entrega das notas de crédito e/ou débito, relativas às divergências em sede de conferência da faturação ao abrigo dos acordos de faturação e convenções vigentes, pelo que:

- a) As requisições passíveis de refaturação **apenas podem ser refaturadas no prazo máximo de 30 dias consecutivos após a comunicação das divergências** apuradas;
- b) As requisições refaturadas devem ser enviadas separadamente da restante faturação, numa fatura isolada com referência ao n.º da fatura e ao mês a que reporta;
- c) As requisições refaturadas cuja fatura de origem não tenha sido regularizada por nota de crédito, serão novamente devolvidas.

9. Retificações/Divergências na faturação

Em caso de divergência de faturação resultante de erros de cálculo e da atribuição incorreta de valores relativa aos serviços prestados, deve o IASAÚDE, IP-RAM suspender os pagamentos das faturas que suscitem dúvidas até que sejam produzidos os esclarecimentos ou efetuadas as correções necessárias.

No processo de conferência já como referido anteriormente podem ser identificados erros ou diferenças. A cada regra de conferência não cumprida corresponde um código de erro/diferença, que deve beneficiar da seguinte leitura:

- Para cada incumprimento detetado, é atribuído um código alfanumérico, onde a letra identifica o tipo de ação desencadeada (D – Devolução, A – Acerto), seguida de três dígitos que correspondem ao número da incorreção que motivou esta ação.
- Imediatamente à frente do código, encontra-se um breve descritivo da incorreção encontrada.

O processo de conferência da fatura decorre até ao dia 5 do mês de seguinte ao recebimento da fatura. A partir deste dia disponibilizam-se aos prestadores os erros e diferenças identificados, com referência à respetiva fatura e justificação.

Com base na informação das irregularidades detetadas o prestador terá de remeter a respetiva nota de crédito ou de débito regularizadora dos erros e diferenças identificados pelo IASAUDE, IP- RAM.

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| ANOMALIAS GERAIS | D100 | Data(s) inválida(s) |
| | D101 | Ausência de Data(s) |
| | D102 | Ausência de assinatura(s) |
| | D103 | Modelo de vinheta(s) inválido |
| | A105 | Erro de arredondamentos (ficheiro de prestação e/ou fatura) |
| | A106 | Erro de soma (ficheiro de prestação e/ou fatura) |
| | A108 | Outros (-----) |
| | D108 | Outros (-----) |
| FATURA | D250 | Fatura não cumpre com a legislação aplicável |
| | D251 | Número da Fatura atribuído a outra fatura enviada no mesmo ano |
| | A252 | A fatura e/ou Ficheiro de Prestação não apresenta a totalidade dos serviços prestados e/ou valor a pagar |
| | D253 | Refaturação sem emissão da nota de crédito |
| | D254 | Refaturação não se encontra numa fatura isolada |
| | A255 | Valor da Fatura não reflete os valores enviado no ficheiro de prestação |
| | D256 | Faturação de prestações de saúde não abrangidas pela convenção |
| | D257 | Fatura não menciona natureza das prestações |
| | D258 | Fatura enviada sem ficheiro de prestação |
| PRESCRIÇÃO /REQUISIÇÃO | D300 | Modelo de requisição inválido |
| | D301 | Número de requisição duplicado |
| | D302 | Origem da requisição fora do âmbito da convenção |
| | D304 | Ausência de requisição original |
| | D305 | Requisição rasurada sem ressalva |
| | A307 | Requisição enviada e não faturada |
| | D308 | Requisição faturada e/ou refaturada fora de prazo |
| | D309 | Requisição ultrapassa o prazo de validade |

| | | |
|---------------------------|-------------|--|
| | D313 | Ausência de identificação do código do tratamento |
| | D314 | Tipo de tratamento fora do âmbito da área faturada |
| | D315 | Tipo de tratamento fora do âmbito da Convenção |
| | D316 | Tipo de tratamento realizado não corresponde ao prescrito |
| | A317 | Tipo de tratamento realizado não corresponde ao prescrito |
| | A318 | Erro no valor do tipo de tratamento |
| | D319 | Data da realização do tipo de tratamento é precedente à data de prescrição |
| | A320 | Número de tipo de tratamentos faturados não coincide com os tipos de tratamento calculados |
| | A321 | Faturados dias e/ou tratamentos em excesso |
| | A322 | Tipo de tratamento faturado e não prescrito |
| IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE | D400 | Ausência de nome e/ou número de utente |
| | D401 | Número de utente não corresponde |
| | D402 | Utente não abrangido pela convenção |
| | D406 | Utente não consta do ficheiro de movimento e/ou de prestação |
| MÉDICO PRESCRITOR | D501 | Ausência de identificação do médico prescriptor |
| | D502 | Ausência de vinheta do médico prescriptor ou código de barras |
| | D503 | Assinatura do médico não corresponde à do médico prescriptor |
| | D504 | Ausência de vinheta do local de prescrição ou código de barras |
| | D505 | Vinheta do local de prescrição ou código de barras não corresponde |
| NOTAS DE CRÉDITO E DÉBITO | D700 | Nota de crédito/débito não cumpre com os requisitos legais |
| | D701 | Nota de crédito/débito não apresenta e/ou encontra-se incorreto o documento a regularizar |
| | D702 | Erro no valor do montante a regularizar |
| CREDENCIAL | D750 | Credencial não autorizada pela direção clínica do SESARAM, EPERAM |
| | D751 | Credencial não datada e/ou assinada pelo médico |
| | D752 | Credencial com rasuras, correções ou quaisquer modificações |
| | D753 | Ausência da vinheta identificativa do médico requisitante |
| | D754 | Requisição sem a respetiva credencial |
| | D755 | Identificação do utente da requisição não corresponde ao da credencial |
| OUTRAS ANOMALIAS | D801 | Ausência do comprovativo de instalação |
| | D802 | Ausência do comprovativo de devolução |

Tabela 1 - Lista de anomalias

10. Esclarecimentos / Reclamações

Após comunicação do resultado da conferência, caso existam dúvidas sobre os acertos ou devoluções, o prestador aderente poderá solicitar esclarecimentos ou formalizar reclamações através do endereço eletrónico prestadores@iasaude.madeira.gov.pt.

11. Anexos

| IDENTIFICAÇÃO DO ANEXO | CONTEÚDO |
|------------------------|---|
| Anexo I | Circular normativa S-5, de 4/04/2013 - adaptação da Normas da Direção Geral da Saúde à RAM e modelo de prescrição aplicável à RAM |
| Anexo II | Lista dos tratamentos, códigos e preços da convenção aprovada pela Portaria n.º 46/2023, de 13 de janeiro, na redação atual |
| Anexo III | Comprovativo de instalação |
| Anexo IV | Comprovativo de devolução |
| Anexo V | Registo e monitorização dos utentes em CRD |
| Anexo VI | Modelo de credencial |

Anexo I



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

CIRCULAR
NORMATIVA

Instituto de Administração da
Saúde e Assuntos Sociais,
IP-RAM

S 5 CN
4-4-2013 0 0 0 0 0
Original

**Assunto: Prescrição de Cuidados Respiratórios
Domiciliários**

Para: Médicos do Sistema Regional de Saúde

No âmbito do cumprimento das medidas insertas no programa de Ajustamento Económico e Financeiro (PAEF) e na senda de melhor qualidade da prática da prescrição de cuidados respiratórios domiciliários, o Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM procede, através da presente circular, à adaptação das normas da Direção-Geral da Saúde (DGS), à exceção dos respetivos anexos:

- N.º 018/2011 de 28/09/2011, atualização em 12/02/2013 – Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia;
- N.º 021/2011 de 28/09/2011 – Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosolterapia;
- N.º 022/2011 de 28/09/2011 – Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos.

O modelo de prescrição em referência nas normas supra citadas será adaptado à RAM, nos termos do anexo, através da portaria a publicar brevemente.

A Presidente do Conselho Diretivo



Ana Nunes

Anexo: Os citados (6-7-9 pág.) e o modelo de prescrição
USPAG – AC/IM

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: **018/2011**
DATA: **28/09/2011**
ATUALIZAÇÃO: **12/02/2013**

ASSUNTO: **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia**
PALAVRAS-CHAVE: **Oxigenoterapia**
PARA: **Médicos do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS: **Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. Nos doentes adultos com insuficiência respiratória crónica estável, a prescrição de oxigenoterapia de longa duração é determinada pelos seguintes valores da gasometria arterial:

- $PaO_2 \leq 55$ mm Hg [Evidência B (GOLD) Recomendação A (ATS/ERS)];
- PaO_2 entre 55-60 mm Hg, se na presença de *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55 %) [Evidência C (GOLD) Recomendação A (ATS/ERS)].

2. São indicações para prescrição de oxigenoterapia de deambulação, na condição da deambulação diária ser promovida, verificada e garantida a sua monitorização, os valores da gasometria arterial e situações clínicas seguintes:

- $PaO_2 \leq 55$ mm Hg;
- PaO_2 entre 55-60 mm Hg, nos doentes com *cor pulmonale* crónico ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito > 55 %);
- doentes normoxémicos em repouso que, na prova de marcha de 6 minutos, apresentem saturação periférica de O_2 (SpO_2) < 88 % ou uma redução de 4 % para valores inferiores a 90 %, que é corrigida pela administração de O_2 [Evidência C (NICE)];
- o O_2 líquido e o concentrador portátil só são prescritos em doentes seguidos em programas de reabilitação respiratória.

3. A prescrição de oxigenoterapia de longa duração:

- tem que ser sempre prescrita durante mais de 15 horas por dia, incluindo o período noturno [Evidência A (NICE)];
- não é clinicamente aceitável em regime de SOS ou sem avaliação, exceto nos cuidados paliativos em pessoas em fase terminal de vida;
- não está indicada para alívio de dispneia em pessoas normoxémicas;

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- d) não está indicada nos doentes que apenas dessaturam no sono, exceto como suplemento em doentes sob ventilação não invasiva (VNI) que não corrigem completamente a dessaturação durante a ventilação [Evidência A (GOLD)/Recomendação A (ATS/ERS)].
4. O concentrador é a fonte de O₂ indicada nos doentes em OLD (mais de 15h/dia) [Evidência C (NICE)], exceto nos casos em que com o débito máximo do concentrador não se atingirem saturações periféricas de O₂ (spO₂) superiores a 90%, caso em que a fonte deverá ser o O₂ líquido. Em Pediatria deve favorecer-se a fonte de oxigénio líquido ou equivalente, para permitir a deambulação fora do domicílio, assegurando a manutenção das atividades diárias.
5. Na prescrição de oxigenoterapia domiciliária o médico tem que incluir a seleção da fonte de O₂ (concentrador, gasoso, líquido), do interface necessário (óculos, sonda nasal, máscara) e o respetivo débito em repouso, no sono e no exercício devem ser corretamente aferidos por oximetria para se manter uma saturação periférica de O₂ (SpO₂) ≥ a 90%.
6. A prescrição inicial de oxigenoterapia domiciliária fica restrita a serviços especializados, exceto a oxigenoterapia paliativa e a de curta duração. O controlo clínico do doente, que inclui, no mínimo, gasometria arterial (GSA) no adulto, ou SpO₂ na criança, e consulta especializada, é realizado com periodicidade, pelo menos, anual [Evidência C (NICE)]. No entanto todos os doentes deverão ser avaliados ao fim de 3 meses após a primeira prescrição.
7. O registo periódico por oximetria da SpO₂ nos doentes em oxigenoterapia de longa duração, sem e com O₂ no débito prescrito, é utilizado para monitorização de doentes no domicílio, com conhecimento e controlo do médico assistente ou do serviço hospitalar em que o doente é seguido.
8. Os doentes adultos com indicação para oxigenoterapia de deambulação, que estão com O₂ líquido, são seguidos em programas de reabilitação respiratória.
9. Em idade pediátrica, as regras de prescrição de oxigenoterapia de longa duração, aferição de débito e controlo clínico são adaptadas aos grupos nosológicos e idades do doente. Nestes casos, a prescrição é restrita a serviços especializados com reconhecida experiência.
10. Na criança com doença pulmonar crónica, sobretudo nos primeiros anos de vida, o débito de O₂ deve ser aferido para valores de SpO₂ ≥ 93%. O controlo é efetuado pela oximetria de pulso, por um período mínimo de 6 horas, que inclua várias fases de atividade (sono, alimentação, etc. [Evidência C (BTS)]. Em crianças pré-termo, concentrações arteriais e intra-alveolares demasiado elevadas são tóxicas, pelo que devem ser evitadas por monitorização apropriada e manutenção de SpO₂ adequada.
11. O fluxograma de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo I (este fluxograma não se aplica à idade pediátrica).
12. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
13. A presente Norma, atualizada com os contributos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/09/2011.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



II – CRITÉRIOS

- A. A oxigenoterapia domiciliária é um tratamento dirigido à correção da hipoxémia, entendida como um valor de PaO_2 inferior a 60 mm Hg, medido por gasometria arterial ou saturação de O_2 inferior a 90 %, quando a avaliação é feita no exercício. Em idade pediátrica, sobretudo no lactente e em idade pré-escolar, os critérios devem ser saturação periférica de O_2 (SpO_2) < 93% em período de monitorização prolongada por meios não invasivos, uma vez que há sobrevalorização de hipoxémia se forem utilizados os métodos invasivos de determinação.
- B. Há cinco formas de administração de oxigenoterapia domiciliária: longa duração (OLD), de deambulação, adjuvante da ventiloterapia, paliativa e de curta duração. A mais frequentemente prescrita é a oxigenoterapia longa duração (OLD). Na grande maioria das situações, na vida adulta a oxigenoterapia de longa duração será para toda a vida. A oxigenoterapia de curta duração é prescrita de forma transitória, como nas agudizações de patologia crónica, em pessoas previamente hipoxémicas e na criança com doença pulmonar crónica.
- C. Na prescrição de oxigenoterapia longa duração (OLD):
- a insuficiência respiratória crónica é definida como uma hipoxémia com valor de PaO_2 inferior a 60 mmHg, com ou sem hipercapnia, diagnosticada mediante realização de gasometria arterial em repouso, em ar ambiente e em período estável, isto é, mínimo de três meses após agudização. Um valor de PaO_2 inferior ou igual a 55 mm Hg ou entre 55 e 60 mm Hg e com *cor pulmonale crónico* ou hipertensão da artéria pulmonar e/ou poliglobulia (hematócrito superior a 55 %), são critérios para a prescrição de OLD;
 - é recomendável a confirmação laboratorial da evicção tabágica e, se necessária, a referenciação para consulta de cessação tabágica;
 - o débito de O_2 deve ser suficiente para assegurar uma SpO_2 de, pelo menos, 90%;
 - os doentes adultos com indicação para oxigenoterapia de deambulação, que estão com O_2 líquido ou concentrador portátil, devem ser seguidos em programas de reabilitação respiratória. Também em pediatria o O_2 líquido ou o concentrador portátil só devem ser prescritos em doentes seguidos em programas de reabilitação respiratória ou em Centros Pediátricos Especializados.
- D. Na criança tem de se demonstrar hipoxémia por métodos não invasivos (SpO_2 < 93%) em contexto clínico predisponente, com ou sem hiper cápnia, otimizadas todas as outras medidas terapêuticas por um período superior a 30 dias.
- E. Na prescrição de oxigenoterapia de deambulação (OD):
- a correção com O_2 das dessaturações no exercício deve ser demonstrada;
 - a melhoria com O_2 da capacidade de exercício e da dispneia devem ser documentadas; em pediatria deve ser objetivado um crescimento e desenvolvimento adequados;
 - não há vantagem de prolongar a administração de O_2 nos períodos de inatividade;

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- iv. em pediatria estes doentes devem ser acompanhados em centros de especialidade com reconhecida experiência;
- v. a fonte de oxigénio pode ser O₂ líquido ou concentrador portátil. Estes últimos podem ser uma boa alternativa mas a sua eficácia deverá ser testada individualmente.

F. A descrição dos equipamentos para oxigenoterapia domiciliária bem como as regras de prescrição de cuidados respiratórios domiciliários encontram-se, respetivamente, em Anexo II e Anexo III da presente Norma.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:

- i. percentagem de doentes com prescrição de oxigenoterapia de acordo com os pontos 1 e 2 da Norma

Numerador: nº de doentes com prescrição de oxigenoterapia de acordo com o ponto 1 e 2 da Norma

Denominador: nº total de doentes com prescrição de oxigenoterapia

- ii. custos da oxigenoterapia por doente

Numerador: custos totais da oxigenoterapia

Denominador: nº total de doentes com prescrição de oxigenoterapia

- iii. percentagem de custos totais da oxigenoterapia no total de custos em cuidados respiratórios domiciliários

Numerador: custos totais da oxigenoterapia

Denominador: custos totais de CRD

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. A oxigenoterapia domiciliária refere-se ao fornecimento de oxigénio para utilização no domicílio. Pode ser prescrita em vários contextos:

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- i. oxigenoterapia de longa duração (OLD);
 - ii. oxigenoterapia de deambulação (OD);
 - iii. oxigenoterapia paliativa, de curta duração ou adjuvante da ventiloterapia.
- B. Em doentes com insuficiência respiratória crónica, a OLD melhora a tolerância ao esforço e a funcionalidade do doente, incluindo o seu desempenho cognitivo. No adulto existe evidência de que a OLD só é eficaz se for feita durante mais de 15 horas por dia, estando associada a uma menor incidência de complicações e a uma redução do número de hospitalizações.
- C. A grande maioria dos doentes em OLD tem insuficiência respiratória crónica por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Nestes doentes está provado que a OLD realizada com mais de 15 horas por dia aumenta a esperança de vida. A eficácia é ainda maior se for igual ou superior a 18 horas por dia. Na criança e nos doentes com outras etiologias de insuficiência respiratória crónica, como na fibrose pulmonar e, igualmente, com indicação de OLD, não há estudos clínicos que permitam concluir que há aumento da esperança de vida.
- D. A OLD deve, à partida, ser entendida como uma terapêutica necessária para toda a vida. Em idade pediátrica, a oxigenoterapia domiciliária apresenta características únicas na medida em que é muitas vezes autolimitada no tempo, uma vez que doentes com displasia broncopulmonar (DBP) e bronquiolite obliterante (BO), que constituem a maioria dos casos, tendem a melhorar e a suspender a OLD durante o crescimento.
- E. A administração de O₂ por sistemas portáteis na deambulação em doentes com patologia respiratória, que estão em OLD e nos que são normoxémicos em repouso e com dessaturações no exercício, corrigidas com O₂, aumenta a capacidade de exercício e deve ser considerada no contexto de programas de reabilitação respiratória.
- F. As indicações da OLD em idade pediátrica estão definidas para doentes com hipoxémia documentada, integrada em patologias específicas. Demonstrou-se ser fundamental nos lactentes e crianças de baixa idade com displasia broncopulmonar e com bronquiolite obliterante pós-infecciosa para proporcionar e manter um adequado desenvolvimento cognitivo e estaturoponderal, prevenir a morte súbita em lactentes e minimizar a hipertensão pulmonar (HP) secundária.
- G. Na displasia broncopulmonar e em outras doenças pulmonares neonatais e na bronquiolite obliterante, a OLD deve ser entendida como uma terapêutica transitória mas fundamental durante os anos de crescimento pulmonar, sendo a sua duração variável de acordo com a gravidade da situação clínica. A evidência sugere a necessidade autolimitada de OLD, por períodos de 24 horas, pelo que os sistemas portáteis devem ser privilegiados, admitindo-se que, no desmame, a utilização de OLD possa ser apenas durante o período noturno.
- H. Outras situações com indicação de oxigenoterapia domiciliária em idades pediátricas são a fibrose quística, as bronquiectasias por outras causas a bronquiolite obliterante pós-transplante, os síndromes intersticiais crónicos, a hipoplasia pulmonar, as anomalias graves da parede torácica, doenças do neurodesenvolvimento, a hipertensão pulmonar secundária a doença pulmonar, em algumas situações cardíacas, ou outras doenças raras.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



V – APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Elsa Soares Jara e João C. Winck (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. O conteúdo científico da presente Norma foi validado pelo Professor Doutor Henrique Luz Rodrigues, responsável pela supervisão e revisão científica das Normas Clínicas e pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas integrando-se os contributos, recebidos durante o período de discussão pública, sustentados cientificamente e acompanhados das respetivas declarações de interesses.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo Designação

| | |
|------------------|---|
| ATS | <i>American Thoracic Society</i> |
| BTS | <i>British Thoracic Society</i> |
| CRD | cuidados respiratórios domiciliários |
| DPOC | doença pulmonar obstrutiva crónica |
| ERS | <i>European Respiratory Society</i> |
| GOLD | <i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i> |
| GSA | gasometria arterial |
| NICE | <i>National Institute of Clinical Excellence</i> |
| OLD | oxigenoterapia de longa duração |
| OD | oxigenoterapia de deambulação |
| PaO ₂ | pressão arterial de oxigénio |
| SpO ₂ | saturação periférica de oxigénio |
| VNI | ventilação não invasiva |

BIBLIOGRAFIA

- Balfour-Lynn IM, Field DJ, Grigras P, et al. BTS guidelines for home oxygen in children. *Thorax* 2009;64 Suppl 2: ii:1-26.
- Balfour-Lynn IM, Primhak RA, Shaw BN. Home oxygen for children; who, how and when? *Thorax* 2005; 60:76-81.
- Best practice statement - March 2010. Home oxygen therapy for children being cared for in the community. NHS Quality Improvement Scotland 2010. (consulta a 28 dezembro 2012 em <http://www.cen.scot.nhs.uk/files/12d-home-oxygen-therapy-for-children-being-cared-for-in-the-community.pdf>).



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

113
anos



BTS Guidelines for Home Oxygen in Children – A Quick Reference Guide 2009, (consulta a 28 dezembro 2012 em <http://www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Guidelines/Home%20Oxygen%20Guideline/HomeOxygen-in-children-qrg.pdf>).

BTS Working Group on home oxygen services - Clinical component for the home oxygen service in England and Wales (consulta a 28 dezembro 2012 em

<http://www.britthoracic.org.uk/Portals/0/Clinical%20Information/Home%20Oxygen%20Service/clinical%20adultoxyg-enjan06.pdf>).

Caetano F. Prescrição de OLD no Distrito de Évora. Rev Port Pneum 2002; VIII; 5: 508.

Campos, C. Cuidados Respiratórios Domiciliários: Programa de intervenção (Sub-Região de Saúde de Aveiro) - Coordenação Distrital das Doenças Respiratórias Crónicas. Comunicação apresentada nas XXXII Jornadas de Pneumologia dos H. U. Coimbra; Julho de 2008, publicada no livro das respetivas Jornadas.

Chatburn RL, Lewarski JS, McCoy RW. Nocturnal oxygenation using a pulsed-dose oxygen-conserving device compared to continuous flow. Respir Care 2006; 51: 252-6.

Christine F, McDonald P et al. Optimizing the therapeutic use of oxygen in Australia. MJA 2009; 191(10):526-7.

Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal, Relatórios da Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2011: Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários; Circuitos, Suportes e Gestão de Informação; Proposta de atualização da Circular Normativa Nº 06/DSPCS da Direção-Geral da Saúde; Relatório de Situação.

Drummond M et al. Prescrição e uso de oxigenoterapia de longa duração: situação atual no distrito do Porto. Rev Port Pneum 2001; VII;3: 297-303.

Dunne PJ. Long-term oxygen therapy (LTOT) revisited: in defense of non-delivery LTOT technology. Rev Port Pneumol 2012; 18: 155-7.

Dunne PJ. The demographics and economics of long term oxygen therapy. Respir Care 2000; 45:223-8.

Ferreira R, Bandeira T. Oxigenoterapia de longa duração em pediatria: lições do passado e orientações para o futuro. Acta Pediatr Port 2003; 34: 69-78.

Greenough A, Alexander J, Burgess S, et al. High versus restricted use of home oxygen therapy, health care utilization and the cost of care in chronic lung disease in infants. Eur J Pediatr 2004; 163: 292-6.

Kampelmacher MJ. Long-term oxygen therapy (LTOT) revisited: in defense of traditional LTOT systems. Rev Port Pneumol 2012; 18:158-9.

Lacasse Y, Bernard S, Maltais F. Evidence-based oxygen therapy: Missed and future opportunities. Rev Port Pneumol 2012 18:257-9.

LunaParedes MC, Asensio de la Cruz O, Aznar IC, et al. Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. An Pediatr (Barc) 2009; 71:161-74.

MacLean JE, Fitzgerald DA. A rational approach to home oxygen use in infants and children. Paediatr Respir Rev 2006; 7: 215-22.

Management of COPD in adults in primary and secondary care NICE Clinical Guideline update 2010.

McDonald CF, Crockett AJ, Young IH. Adult domiciliary oxygen therapy. Position statement of the Thoracic Society of Australia and New Zealand. Med J Aust 2005; 182: 621-6.

Nasilowski J, Przybylowski T, Zielinski J, Chazan R. Comparing supplementary oxygen benefits from a portable oxygen concentrator and a liquid oxygen portable device during a walk test in COPD patients on long-term oxygen therapy Respir Med 2008; 102: 1021-5.

NHS-NICE – Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Initial assessment for long-term oxygen therapy. (consulta a 28 dezembro 2012 em



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



<http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/chronicobstructivepulmonarydisease/initialassessmentforlongtermoxygentherapy.jsp>.

Nuir JF, Chakroun N, et al. Refillable oxygen cylinders may be an alternative for ambulatory oxygen therapy in COPD. *Chest* 2002; 122: 451-6.

Nunes T, Bandeira T. Displasia Broncopulmonar revisitada – 10 anos de experiência numa consulta de referência. *Acta Pediatr Port* 2002; 33: 169-6.

Petty TL, Casaburi R. Recommendations of the 5th Oxygen Consensus Conference. Writing and Organizing Committees. *Respir Care* 2000;45:957-61.

Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários, Circular Normativa nº 6/DSPCS, de 07/06/2006, Direção-Geral da Saúde.

Primhak RA, Hicks B, Shaw NJ, et al. Use of home oxygen for children in England and Wales. *Arch Dis Child*. 2011; 96: 389-92.

Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med* 2011; 155:179-91.

Ringbaek TJ. Home oxygen therapy in COPD patients. *Dan Med Bul* 2006; 52: 310-25.

Sandland CJ, Morgan MD, Singh SJ. Patterns of domestic activity and ambulatory oxygen usage in COPD. *Chest* 2008; 134: 753-60.

Serginson John G, Yang IA, Armstrong JG et al. Variability in the rate of prescription and cost of domiciliary oxygen therapy in Australia. *MJA* 2009;191: 549-53.

Simão P et al. Protocolo de estudo de doentes em oxigenoterapia de longa duração (OLD). *Rev Port Pneumol* 2000; VI; 5: 537.

Stevenson NJ, Calverly MA. Effect of oxygen on recovery from maximal exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2004; 59: 668-72.

Stoller JK; Panos RJ; Krachman S; Doherty DE; Make B. The Long-term Oxygen Treatment Trial Research Group. Oxygen Therapy for Patients with COPD. *Chest* 2010; 138: 179-87.

Vieira T, Belchior I, Almeida J, Hespanhol V, Winck JC. Ambulatory oxygen: Is the 6 minute walk test the best option? *Rev Port Pneumol* 2011; 17: 290-1.

Vieira T, Belchior I, Almeida J, Hespanhol V, Winck JC. Efficacy and patterns of ambulatory oxygen usage - experience of a university hospital. *Rev Port Pneumol* 2011;17:159-67.

Visca D, Montgomery A, de Lauretis A, et al. Ambulatory oxygen in interstitial lung disease. *Eur Respir J* 2011; 38: 987-90.

Wedzicha JA. All changes for home oxygen services in England and Wales. *Thorax* 2006; 61: 7-9.



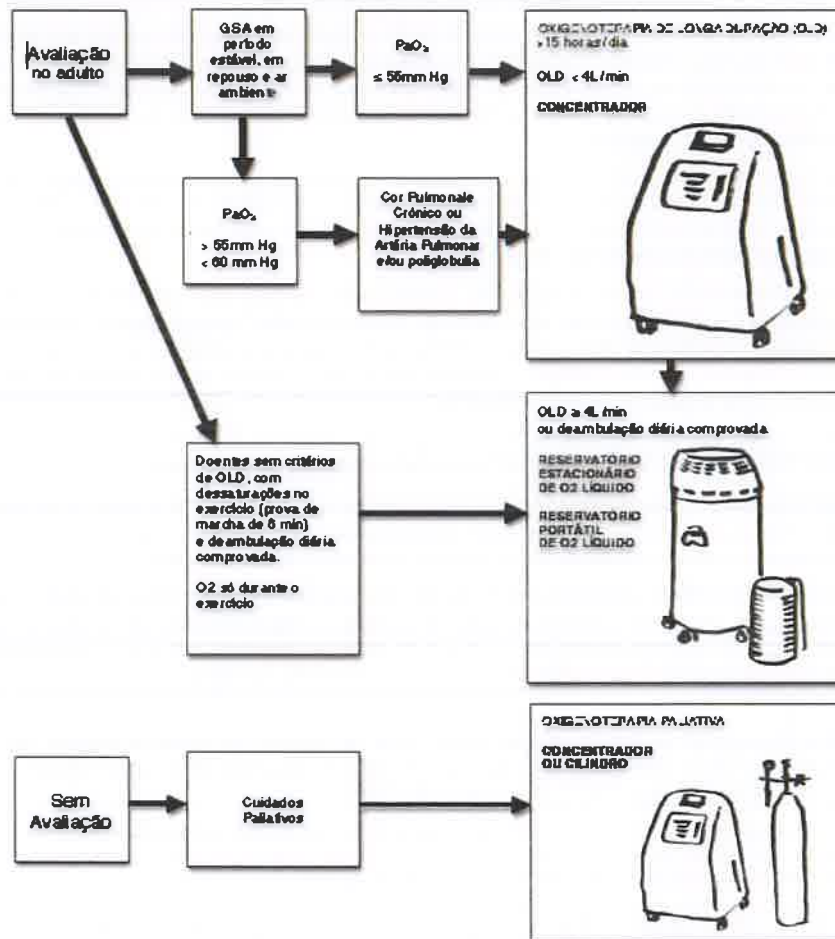
Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ANEXOS

ANEXO I - FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA NO DOMICILIO



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo II - EQUIPAMENTO PARA OXIGENOTERAPIA DOMICILIÁRIA

A escolha do equipamento para oxigenoterapia domiciliária deve basear-se não apenas nos valores da gasometria arterial mas, também, na facilidade de utilização do aparelho, na idade da pessoa, na sua mobilidade, na capacidade de compreensão do tratamento pelo doente e seus familiares/cuidadores, nas condições de habitação e no débito prescrito. Três fontes de oxigénio são possíveis: concentrador, oxigénio líquido e cilindro de oxigénio gasoso.

1. O concentrador de oxigénio filtra o ar ambiente para a obtenção de um ar fortemente oxigenado (87 a 93%) e sem impurezas. Funciona com eletricidade e tem a vantagem de não ter problemas de armazenamento nem de substituições. Está indicado em doentes em OLD (mais de 15 horas por dia de oxigenoterapia) com débitos até 4L/min de O₂.

Apareceram, recentemente, vários modelos de concentrador portátil, que funcionam com baterias recarregáveis e que, muitas vezes, estão equipados com uma válvula dita “economizadora” para aumentar a duração de deambulação (por interromper o débito de O₂ logo que o doente inicia a expiração). Os modelos mais recentes permitem débitos contínuos até 3L/min e alguns pesam menos de 3kg. Será necessário demonstrar a sua eficácia individualmente.

2. O oxigénio líquido é uma fonte que permite uma grande autonomia. Está indicado nos doentes com deambulação diária fora do domicílio e nos que necessitam de débitos elevados de O₂.

Os dispositivos de oxigénio líquido são constituídos por um reservatório estacionário (com cerca de 4 a 12 dias de autonomia) e um reservatório portátil para a deambulação (com cerca de 4h a um débito de 3L/m). Os reservatórios portáteis têm também, muitas vezes, a válvula dita “economizadora”.

O O₂ não está sob pressão e, portanto, não há perigo de explosão. O doente deve aprender a encher corretamente o seu reservatório portátil e saber a conduta a seguir em caso de problema técnico (congelamento que faz aderência do equipamento portátil ao estacionário). Há, também, o desperdício por evaporação dos reservatórios. O apoio técnico necessário, no domicílio, vai desde 1 vez todos os 15 dias até 2 vezes por semana.

3. O cilindro de oxigénio gasoso é utilizado como fonte de recurso. Os cilindros maiores têm uma capacidade entre 4000 e 6000 L. São necessários 16 cilindros por mês para cumprimento de uma terapêutica em OLD de 18h/dia a 2L/min com cilindros de 4200L.

Os cilindros de oxigénio gasoso portáteis têm cerca de 400 L e permitem deslocações de curta duração (autonomia de cerca de 2h para um débito de 3L/m). Poderão ser usados nas deslocações esporádicas de doentes em OLD em que não está indicada a prescrição de O₂ líquido.

4. Existem ainda concentradores estacionários que permitem acoplar um compressor que enche cilindros portáteis de O₂ gasoso (Sistemas de Oxigénio de Re-enchimento). Estes eliminam a necessidade de entrega pelas empresas de cilindros de O₂ portátil, tornando o doente autónomo. Poderão ser uma alternativa para a oxigenoterapia de deambulação para doentes menos ativos.

NOTAS:

Interfaces - os óculos nasais são os mais frequentemente usados na grande maioria das situações. As máscaras ficam reservadas para casos particulares, como a necessidade de fazer débitos elevados. Considerar a possibilidade de utilização de sonda nasal.

Pagamento da energia elétrica - o concentrador, que é a fonte principal de oxigénio em OLD, consome energia elétrica durante mais de 15 horas por dia. Nos atuais contratos estabelecidos entre o Serviço Nacional de Saúde e as empresas fornecedoras deste tipo de equipamento, o consumo de energia elétrica é reembolsado ao doente por estas empresas.



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Anexo III - REGRAS DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)

A prescrição de CRD deve ser feita, obrigatoriamente, por via eletrónica. Quando a prescrição eletrónica não for possível, utiliza-se o formulário de prescrição manual anexo à presente Norma, em Anexo IV, de uso obrigatório em todas as Administrações Regionais de Saúde.

A prescrição inicial de CRD respeita as regras estabelecidas na presente Norma, em coerência com a evidência científica vigente.

Os médicos prescritores devem ter competência na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição.

As prescrições de continuidade de tratamento podem ser feitas nos cuidados de saúde primários. No caso do seguimento do doente pediátrico ser em Centros/Consultas Especializadas hospitalares, a continuidade de prescrição será feita nestes locais.

A prescrição deve incluir quatro componentes: identificação, prescrição, fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

A componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos, especialmente os que se referem à fundamentação, com os critérios fisiopatológicos aplicáveis.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento/s e respetivo/s equipamento/s se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado serão preenchidos.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de 90 (noventa) dias, finda a qual a prescrição termina, se a mesma não for renovada. A prescrição de oxigenoterapia de curta duração tem também a validade máxima de 90 dias, sem possibilidade de renovação. A oxigenoterapia paliativa tem a validade máxima de 30 dias e é renovável.

A folha de prescrição impressa, destinada aos casos residuais, em que a via eletrónica não seja possível, disporá de uma cópia com identificação por código de barras ou outro sistema.

O original do pedido de prestação de CRD seguirá para a empresa fornecedora, via doente. Uma cópia, com todos os elementos, técnicos e clínicos, destina-se ao doente.

No caso de falência do sistema informático uma cópia do impresso manual destina-se ao processo clínico

A aplicação eletrónica/informática será o pilar principal do processo de prescrição de CRD, pelo que a prescrição manual deve ser vista como um processo de transição ou recurso.

No site da Direção-Geral da Saúde, onde este formulário deve ser descarregado, está acessível um resumo das indicações de prescrição e instruções para um correto preenchimento do formulário.





NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

113 ANOS

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



ANEXO IV - FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA

PRESCRIÇÃO MANUAL DE CRD – Oxigenoterapia

| | |
|---|--|
| Período Data início: _____ Data fim: _____ Inicial: <input type="checkbox"/> OLD Continuação: <input type="checkbox"/> Desmaiação Modificação: <input type="checkbox"/> Curta duração <input type="checkbox"/> Perpetua <input type="checkbox"/> Ajuda à ventilação | Assinatura do médico _____ Assinatura do local _____ Dados de identificação do Doente (com ligação ao RNU (N.º campos?)) |
|---|--|

| Fonte do O₂ Concentrador: _____ Líquido: _____ Gaseoso: _____ Concentrador portátil: _____ Cuidados de alto volume: _____ | N.º de horas/dia Débito repouso: _____ L/min Débito exercício: _____ L/min Débito sono: _____ L/min Débito no quotidiano: _____ L/min | Interfaces e acessórios Óculos nasais: _____ Sonda nasal: _____ Câmara traqueostomia: _____ Máscara facial: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|--|-------------------|--|------------------|--|------------------|--|----|--|------------------|--|--|--|------|-----------|-----|--|--|------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------|--|--|-----|--|--|-----|--|--|---------|--|--|--|
| Geolocalização Data: _____ <table border="1"> <tr><td>FiO₂</td><td></td></tr> <tr><td>pH</td><td></td></tr> <tr><td>PaCO₂</td><td></td></tr> <tr><td>PaO₂</td><td></td></tr> <tr><td>HCO₃</td><td></td></tr> <tr><td>BE</td><td></td></tr> <tr><td>SaO₂</td><td></td></tr> </table> | FiO ₂ | | pH | | PaCO ₂ | | PaO ₂ | | HCO ₃ | | BE | | SaO ₂ | | Registo de função respiratória Data: _____ <table border="1"> <tr><th></th><th>Real</th><th>% Teórica</th></tr> <tr><td>ENC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEV₁</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FEV₁/FVC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Pressão max. inspiratória</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TLC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FRC</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DLCO VA</td><td></td><td></td></tr> </table> | | Real | % Teórica | ENC | | | FEV ₁ | | | FEV ₁ /FVC | | | Pressão max. inspiratória | | | TLC | | | FRC | | | DLCO VA | | | Hemograma Pressão de Arteria Pulmonar: _____ *Preenchimento obrigatório se PaO ₂ < 55 mmHg e < 80 mmHg |
| FiO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PaCO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PaO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HCO ₃ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SaO ₂ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Real | % Teórica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEV ₁ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEV ₁ /FVC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pressão max. inspiratória | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TLC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DLCO VA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Em caso de prescrição de O₂ líquido ou concentrador portátil - registo de avaliação no estorço (prova de marcha de 6 minutos): SpO₂ _____
 Data: _____

Médico prescritor
 Nome: _____
 N.º de identificação profissional: _____
 Serviço de saúde: _____
 Data: _____
 Assinatura: _____

Empresa
 Data: _____

 Serviço executado Data início: _____ Data fim: _____

Datas das visitas para manutenção do material ou solução de problemas.

| Data | Manutenção executada | Assinatura |
|------|----------------------|------------|
| | | |
| | | |

O consumo de energia, relativo ao período de _____ e _____, no montante de _____ € (extensão _____ euros) foi suportado em _____.

Assinatura do doente ou seu representante: _____ (1) identificação _____

| Diagnósticos | | Dados clínicos | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--|
| DPOC | Doença neuromuscular | Fumador | |
| Bronquiectasias | Síndrome de Apnéia do Sono | Ex-fumador | |
| Fibrose Quística (FQ) | Síndrome de sobreposição | Não fumador | |
| Fibrose Pulmonar | Síndrome Obesidade Hipoventilação | Cor pulmonalis | |
| Sequela fibrosas ou pulmonares | Insuficiência cardíaca | Presença de insuficiência cardíaca | |
| Cifose/curvatura | Doença pulmonar pediátrica | Estabilidade clínica | |
| Cuidados paliativos* | Outro Qual? | | |



EM AUDIÇÃO E TESTE DE
APLICABILIDADE
ATÉ 30 DE OUTUBRO DE 2011

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 021/2011

DATA: 28/09/2011

ASSUNTO: **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerossolterapia**
PALAVRAS-CHAVE: **Aerossolterapia**
PARA: **Médicos do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS: **Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. Os sistemas de nebulização estão reservados para as seguintes patologias e situações específicas:
 - a) Fibrose Quística;
 - b) Bronquiectasias não Fibrose Quística;
 - c) Hipertensão Pulmonar;
 - d) Situações clínicas particulares, em que a nebulização possa contribuir para a fluidificação das secreções, nomeadamente em doentes ventilados no domicílio.
2. A prescrição de aerossolterapia por sistemas de nebulização, pela especificidade das patologias e complexidade da prescrição, fica restrita a serviços especializados.
3. A indicação absoluta para a prescrição de sistemas de nebulização, respeitando obrigatoriamente a informação sobre o sistema de nebulização indicado, fica limitada à administração dos fármacos formulados só para uso com estes dispositivos.
4. Os fármacos/soluções com indicação absoluta para nebulização são os seguintes:
 - a) Mucolíticos (dornase alfa recombinante);
 - b) Antibióticos (tobramicina, colistina, aztreonam, pentamidina, outros antibióticos e antifúngicos em situações específicas);
 - c) Prostaciclina;
 - d) Soro hipertónico;
 - e) Soro fisiológico.
5. Os fármacos/soluções com indicação relativa para nebulização, que devem ser administrados, em primeira opção, com os dispositivos mais simples e só excecionalmente com os sistemas de nebulização são os seguintes:
 - a) Beta-2-agonistas e anticolinérgicos;
 - b) Anti-inflamatórios esteroides.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



6. Na Fibrose Quística a prescrição de aerossolterapia para inalação de antibióticos está indicada nas seguintes situações:
 - a) erradicação de *Pseudomonas aeruginosa* isoladas nas secreções brônquicas;
 - b) controlo da deterioração pulmonar nos doentes colonizados/infetados cronicamente com *Pseudomonas aeruginosa*;
 - c) tratamento de exacerbações respiratórias agudas a *Pseudomonas aeruginosa*;
 - d) tratamento de infeções respiratórias pelo complexo *Burkholderia cepacia*;
 - e) em situações clínicas de infeções por outros microrganismos ou por fungos que não respondem à terapêutica sistémica.
7. Na Fibrose Quística a aerossolterapia para inalação de dornase alfa recombinante e de soro hipertónico é indicada em doentes com doença pulmonar, que cumpram os critérios de inclusão para estas terapêuticas.
8. Nas bronquiectasias não Fibrose Quística, a prescrição de aerossolterapia para inalação de antibióticos está indicada em doentes selecionados quando infetados com *Pseudomonas aeruginosa*.
9. A aerossolterapia para inalação de:
 - a) soro fisiológico, para humedificação das vias aéreas e/ou fluidificação de secreções é indicada nos doentes ventilados, com vias aéreas artificiais ou com dificuldade nos mecanismos de tosse.
 - b) soro hipertónico, para aumentar a clearance mucociliar, é indicada sobretudo na Fibrose Quística.
10. Outras situações específicas para indicação de aerossolterapia, são:
 - a) hipertensão pulmonar;
 - b) transplante pulmonar.
11. A aerossolterapia com sistemas de nebulização, para inalação de beta-2-agonistas, anticolinérgicos ou anti-inflamatórios esteroides, só pode justificar-se se o doente não tiver coordenação motora ou, no caso da criança, se verifique recusa completa no uso dos dispositivos mais simples. Esta situação é sempre transitória e obriga a reavaliação num prazo de 1 mês.
12. A prescrição da aerossolterapia obriga ao ensino das técnicas de utilização.
13. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



II – CRITÉRIOS

- a) A aerossolterapia:
- consiste na administração de medicação por via inalatória;
 - é feita por dispositivos simples ou por sistemas de nebulização.
- b) A indicação do dispositivo deve ter em atenção:
- a fisiopatologia da doença;
 - a sua gravidade;
 - os aspetos farmacológicos dos fármacos;
 - a dose a administrar;
 - as características técnicas dos dispositivos de inalação;
 - a capacidade do doente para a execução correta da técnica de inalação, que é específica de cada dispositivo.
- c) Na grande maioria das situações clínicas a aerossolterapia deve ser feita com dispositivos simples, como:
- Pressurized Metered Dose Inhaler* (pMDI);
 - pMDI com câmara expansora*;
 - Dry Powder Inhalers* (DPIs).
- d) Os fármacos para administração na forma de aerossol são, sobretudo, os seguintes:
- broncodilatadores de curta e longa ação (beta-2-agonistas);
 - anticolinérgicos;
 - anti-inflamatórios esteroides;
 - antibióticos (tobramicina, colistina, aztreonam, pentamidina);
 - mucolíticos (dornase alfa recombinante)
 - os que aumentam a clearance mucociliar (soro hipertónico, soro fisiológico).
- e) Quando há necessidade de fazer terapêutica inalatória com broncodilatadores beta-2-agonistas e anticolinérgicos e anti-inflamatórios esteroides, como acontece na Asma e na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, os dispositivos simples devem ser escolhidos não só pela eficácia equivalente ou mesmo superior ao dos sistemas de nebulização, como pelo seu menor custo.
- f) A monitorização da adesão do doente e da eficácia terapêutica de qualquer destes fármacos nebulizados, têm que ser avaliadas periodicamente e com a maior objetividade.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- g) Os profissionais de saúde, assim como as entidades prestadoras de cuidados técnicos respiratórios domiciliários, devem, atendendo à complexidade da utilização dos sistemas de nebulização, dar ao doente instruções da sua utilização.
- h) As indicações de utilização dos fármacos, as instruções de manutenção e de desinfeção dos equipamentos devem ser dadas ao doente não apenas verbalmente mas, também, por escrito e acompanhadas de manuais de utilização.

III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários, nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores e que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo à presente Norma e dela fazem parte integrante:
 - i. % de pessoas inscritas com prescrição de aerosolterapia;
 - ii. % de custos da aerosolterapia no total de custos em cuidados respiratórios domiciliários;
 - iii. % de custos totais da aerosolterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A administração de fármacos por via inalatória é a recomendada no tratamento de patologias das vias aéreas e do pulmão, agudas ou crónicas. Está indicada, sobretudo, no tratamento da asma, da doença pulmonar obstrutiva crónica, da fibrose quística, de bronquiectasias e na bronquiolite.
- b) Estão disponíveis diferentes dispositivos de inalação, cada um com as suas indicações clínicas, vantagens e desvantagens. Os dispositivos mais simples são os seguintes:
 - i. inaladores pressurizados doseáveis (pMDIs), que podem ser utilizados em conjunto com as câmaras expansoras (pMDI/câmara expansora);



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- ii. inaladores de pó seco (DPI);
 - iii. inalador com solução para inalação por nebulização;
 - iv. sistemas de nebulização pneumáticos, ultrassónicos e, mais recentemente, eletrónicos.
- c) Alguns dos fármacos têm apresentações para inalação por diferentes tipos de dispositivos. Os antibióticos, os mucolíticos e o soro hipertónico/fisiológico estão formulados só para nebulização com sistema de nebulização específico, em que as características técnicas dos dois componentes do sistema (nebulizador e compressor) foram estudados e registados para administração de cada fármaco. Os consensos e recomendações internacionais e nacionais sobre as boas práticas da terapêutica inalatória, recomendam os pMDIs, pMDI/câmara expansora, DPI ou inalador com solução para inalação para administrar broncodilatadores, anti-inflamatórios esteroides e anticolinérgicos (asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquiolite) e os sistemas de nebulização para situações e fármacos específicos.
- d) Em qualquer idade e excluindo os doentes asmáticos ou com doença pulmonar obstrutiva crónica, com necessidade de grandes doses de broncodilatadores ou anticolinérgicos, estes fármacos devem ser administrados com os dispositivos mais simples e mais económicos. A indicação de nebulização é sempre uma 2ª alternativa e nunca deve ser indicada sem antes se conferir a capacidade de adesão e da execução da técnica de inalação.
- e) A indicação absoluta para a prescrição de sistemas de nebulização, respeitando obrigatoriamente a informação sobre o sistema de nebulização indicado, fica limitada à administração dos fármacos formulados só para uso com estes dispositivos. Neste grupo estão incluídos as formulações com indicação na fibrose quística, em casos selecionados de bronquiectasias, na hipertensão pulmonar e no transplante pulmonar.
- f) Outros doentes com indicação de nebulização são os que têm necessidade de fluidificação das secreções (traqueostomizados, compromisso neuromuscular).
- g) Para nebulização dos fármacos e de acordo com estudos *in vitro* e *in vivo*, estão indicadas associações de determinados componentes dos sistemas de nebulização (nebulizador/compressor) e dispositivos da nova geração. Para a sua prescrição correta o clínico deve ter conhecimentos destas indicações e das características técnicas dos dispositivos de nebulização disponibilizados pelas entidades prestadoras de serviços de cuidados técnicos respiratórios domiciliários.
- h) Para todas as idades e situações clínicas é imprescindível prescrever o sistema de nebulização e as interfaces adequadas. Por vezes há incompatibilidade de uso do mesmo sistema para diferentes fármacos, pelo que é obrigatório respeitar as indicações de administração de cada um. É de salientar, também, que o mesmo nebulizador não pode ser usado para nebulização de diferentes fármacos e que, à câmara nebulizadora de antibióticos, devem ser adaptados filtros do ar exalado.



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



V – APOIO CIENTÍFICO

- a) Elsa Soares Jara (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz.
- b) A presente Norma foi visada pela Presidência da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
 - i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
 - ii. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
 - iii. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação;
 - iv. Sociedade Portuguesa de Pediatria;
 - v. Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

- Antibiotic Treatment for Cystic Fibrosis – 3rd edition Cystic Fibrosis Trust .200
- Barreto C. e al, Normas de Terapêutica Inalatória, Rev Port Pneumol, 2000, VI(5) 395-434
- Boe J. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers, Eur Respir J 2001;18:226-242.
- British Guidelines on the Management of Asthma, May 2009. [www. brit-thoracic.org.uk](http://www.brit-thoracic.org.uk)
- Bruce K. Rubin, MEngr, James B. Fink, The delivery of inhaled medication to the young child. *Pediatr Clin N Am* 50 (2003) 1 – 15.
- Brocklebank D. et al. Comparison of the effectiveness of inhaler devices in asthma and chronic obstructive airways disease: a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2001;5(26):1-149
- Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. Issue 1.
- Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal, Relatórios da Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2011: Proposta de atualização da Circular Normativa Nº 06/DSPCS da Direção-Geral da Saúde; Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários; Relatório de Situação.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Circuitos, Suportes e Gestão de Informação Clinical Guidelines Care of Children with Cystic Fibrosis Royal Brompton Hospital - 5th edition 2001 www.rbht.uk/childrencf.

Clinical Guidelines Care of Children with Cystic Fibrosis Royal Brompton Hospital - 5th edition 2001 www.rbht.uk/childrencf.

Dolovich et al. Device selection and outcomes of aerosol therapy: Evidence Based guidelines. Chest 2005;127:335-371.

Myrna B. et al. Device Selection and Outcomes of Aerosol Therapy: Evidence-Based Guidelines. Chest 2005; 127: 1, 335-371.

Pasteur MC, Bilton D, Hill A T. Guidelines for non-CF Bronchiectasis. British Thoracic Society. Thorax July 2010 Vol 65 supplement 1. UK Cystic Fibrosis Trust Antibiotic Group 3rd Edition. UK Cystic Fibrosis Trust, May 2009.

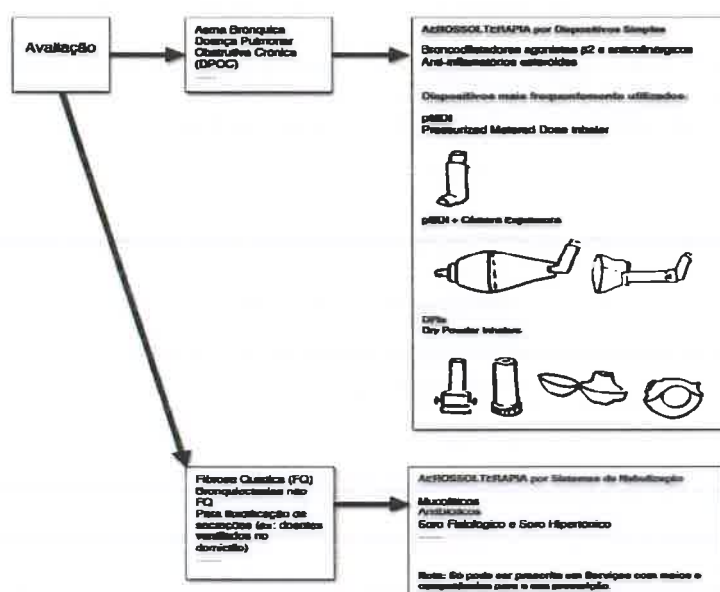
UK Cystic Fibrosis Trust Antibiotic Group 3rd Edition. UK Cystic Fibrosis Trust, May 2009.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO DE AEROSSOLTERAPIA



REGRAS DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)

A prescrição de CRD deve ser feita, obrigatoriamente, por via eletrónica. Quando a prescrição eletrónica não for possível, utilizar-se-á um formulário único, de uso obrigatório em todas as administrações regionais de saúde, com base no conteúdo do formulário eletrónico.

A prescrição inicial de CRD deverá respeitar as regras estabelecidas na presente Norma, em coerência com a evidência científica vigente.

Os médicos prescritores deverão ter competência na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição.

O uso ocasional e justificado deste suporte impresso, no caso do sistema eletrónico já tiver sido implementado, deve ser seguido do seu registo no sistema informático em tempo oportuno.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



A prescrição deve incluir quatro componentes:

- i. identificação;
- ii. prescrição;
- iii. fundamentação clínica;
- iv. fundamentação temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

A componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição:

- i. inicial;
- ii. continuação;
- iii. modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos, especialmente os que se referem à fundamentação com os critérios fisiopatológicos aplicáveis.

Chama-se a atenção para que a especificação de tratamento/s e respetivo/s equipamento/s se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado serão preenchidos.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de 90 (noventa) dias, finda a qual a prescrição termina, se a mesma não for renovada.

A folha de prescrição impressa, destinada aos casos residuais, em que a via eletrónica não seja possível, disporá de uma cópia com identificação por código de barras ou outro sistema.

O original do pedido de prestação de CRD seguirá para a empresa fornecedora, via doente. Uma cópia, com todos os elementos, técnicos e clínicos, destina-se ao processo clínico e permitirá o posterior registo na aplicação informática de suporte, quando aplicável.

No site da Direção-Geral da Saúde, onde este formulário pode ser descarregado, está acessível um resumo das indicações de prescrição e instruções para um correto preenchimento do formulário.

A aplicação eletrónica/informática será o pilar principal do processo de prescrição de CRD, pelo que a prescrição manual deve ser vista, apenas, como um processo de transição ou de recurso.

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



BILHETES DE IDENTIDADE DOS INDICADORES

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| Designação | Percentagem de pessoas inscritas com prescrição de aerossoterapia | | |
| Tipo de Indicador | QUALIDADE TÉCNICA / EFETIVIDADE | Entidade Gestora | ACES |
| Tipo de falha | | Período aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Percentagem |
| Responsável pela monitorização | ACES/ ARS | Fórmula | A / B x 100 |
| | | Output | Percentagem de utentes |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Órgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Crítérios de inclusão | Numerador: - Denominador - Ter prescrição de aerossoterapia Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |

| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
|-----------------|--|----------------------|-------------------|
| A - Numerador | Número de inscritos com prescrição de aerossoterapia | SI USF/UCSP | Nº de inscritos |
| B - Denominador | Número de inscritos | SI USF/UCSP | Nº de inscritos |

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



| Designação | Percentagem de custos com aerosoterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários | | |
|--------------------------------|--|----------------------|--|
| Tipo de Indicador | EFICIÊNCIA | Entidade Gestora | ARS |
| Tipo de falha | | Periodo aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a proporção de custos de aerosoterapia no total de custos com terapêuticas respiratórias domiciliárias | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Percentagem |
| Responsável pela monitorização | ARS | Fórmula | A / B x 100 |
| | | Output | Percentagem de custos |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Órgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| CrITÉrios de inclusão | Numerador: - Denominador - Custos totais com aerosoterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários contabilizados | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |
| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
| A - Numerador | Custos totais com aerosoterapia | SIEF | € |
| B - Denominador | Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários | SIEF | € |

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

| Designação | Percentagem de custos com aerosolterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica | | |
|--------------------------------|--|----------------------|--|
| Tipo de Indicador | EFICIÊNCIA | Entidade Gestora | ARS |
| Tipo de falha | | Período aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a proporção de custos de aerosolterapia no total de custos com meios complementares de terapêutica | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Percentagem |
| Responsável pela monitorização | ARS | Fórmula | $A / B \times 100$ |
| | | Output | Percentagem de custos |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Órgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| CrITÉrios de inclusão | Numerador: - Denominador - Custos totais com aerosolterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com meios complementares de terapêutica contabilizados | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |
| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
| A - Numerador | Custos totais com aerosolterapia | SIEF | € |
| B - Denominador | Custos totais com meios complementares de terapêutica | SIEF | € |

EM AUDIÇÃO E TESTE DE
APLICABILIDADE
ATÉ 30 DE OUTUBRO DE 2011

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 022/2011

DATA: 28/09/2011

ASSUNTO: **Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos**
PALAVRAS-CHAVE: **Ventiloterapia**
PARA: **Médicos do Sistema Nacional de Saúde**
CONTACTOS: **Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)**

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

I – NORMA

1. A ventiloterapia está indicada na Síndrome de Apneia do Sono, na Insuficiência Respiratória Crónica por Deformação da Caixa Torácica e Doenças Neuromusculares e, ainda, na Insuficiência Respiratória Crónica de causa pulmonar.

Ventiloterapia no Síndrome de Apneia do Sono

2. A ventiloterapia por pressão positiva contínua (CPAP) por máscara nasal ou facial constitui o tratamento de eleição da Síndrome de Apneia do Sono (SAS). Em casos excecionais, poderá estar indicada a terapêutica com ventilação por pressão positiva binível (BIPAP).
3. Têm, também, indicação para terapêutica com BIPAP os doentes com SAS e obesidade mórbida - Síndrome de Obesidade/Hipoventilação - e SAS com obstrução das vias aéreas inferiores associada - Síndrome de Sobreposição. Estes doentes têm SAS e Insuficiência Respiratória Global.
4. A prescrição de CPAP no Síndrome de Apneia do Sono e de BIPAP no Síndrome de Obesidade/Hipoventilação e Síndrome de Sobreposição só é iniciada após ser efetuado o diagnóstico por polissonografia ou estudo cardiorespiratório do sono.
5. As prescrições iniciais de CPAP/ BIPAP são efetuadas por especialistas na área da patologia do sono, idealmente integrados em consultas multidisciplinares que incluam pneumologistas, otorrinolaringologistas e neurologistas que assegurem a investigação diagnóstica necessária para a decisão terapêutica do doente com SAS.
6. Após a decisão clínica de início de CPAP/BIPAP domiciliário, é iniciado ensino e educação do doente e/ou cuidadores. Todo o doente com SAS sob terapêutica com CPAP/BIPAP é monitorizado quanto à adesão e eficácia desta forma terapêutica.
7. Considera-se aderente ao CPAP/BIPAP o doente que cumpre mais de 4 horas/noite em pelo menos 70% das noites.
8. Todos os doentes sob CPAP/BIPAP são reavaliados até 3 meses após o início da terapêutica, devendo ser portadores de relatório de adesão e eficácia em suporte digital ou papel, fornecido pela empresa fornecedora. Posteriormente, e se bem adaptados e com boa adesão têm, pelo menos, uma avaliação clínica anual. Quando estabilizados (eficácia terapêutica e adesão

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



comprovadas), os doentes passam a ser seguidos em cuidados de saúde primários, devendo ser referenciados para reavaliação pelo especialista em medicina do sono sempre que se verificar um agravamento clínico.

9. Todos os doentes sob CPAP/BIPAP têm uma visita domiciliária inicial a cargo da empresa fornecedora quando da instituição terapêutica e 4 semanas após o início do tratamento, efetuada por técnico, fisioterapeuta ou enfermeira/o da empresa fornecedora. O objetivo desta visita é reforçar o ensino e educação do doente e dos cuidadores e avaliar se há uma boa adaptação e adesão ao tratamento. O resultado desta avaliação é enviado para o especialista em medicina do sono e para o médico de clínica geral / medicina familiar. Se for detetada uma fraca adesão (uso < 4 horas em pelo menos 70% dos dias de terapêutica), o doente é referenciado ao centro especializado em medicina do sono para reavaliação da situação clínica.
10. A ventilação por pressão positiva na SAS e, também, a ventilação por pressão positiva binível pode ser suspensa nas seguintes situações:
 - a) resolução ou melhoria do índice de apneia/hipopneia, comprovada por registo poligráfico do sono ou polissonografia, após redução ponderal acentuada ou intervenção cirúrgica;
 - b) a pedido do doente por incapacidade de adesão, após período inicial de utilização;
 - c) em caso de persistente má adesão (uso < 4 horas em pelo menos 70% das noites), após 6 meses experimentais. Os doentes a quem foi suspensa esta terapêutica deverão ser referenciados aos seus médicos assistentes, com a respetiva informação, para seguimento clínico.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

11. Em Cuidados Respiratórios Domiciliários, a designação Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica (IRC) refere-se à ventilação mecânica domiciliária (VMD). Esta constitui um tratamento de longa duração, dirigido a doentes estáveis com hipoventilação alveolar noturna ou permanente.
12. A Ventiloterapia na IRC não inclui doentes com Síndrome de Apneia do Sono.
13. A VMD é feita sobre a forma de ventilação não invasiva (VNI) através de máscaras faciais e nasais e de peças bucais. São usados ventiladores binível e híbridos (volumétrico e pressumétricos). A ventilação invasiva deve ser residual e reservada à falência da VNI.
14. A prescrição de VNI pressupõe um diagnóstico exato e critérios precisos para a sua iniciação. Constitui uma abordagem claramente hospitalar e diferenciada.
15. A VNI é iniciada nas doenças restritivas que não envolvem o parênquima pulmonar (doenças neuromusculares e deformações da caixa torácica) na presença de sintomas de hipoventilação e, pelo menos, um dos seguintes critérios fisiopatológicos: $\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg ou dessaturação noturna, com saturação periférica de O_2 (SpO_2) < 88% durante 5 minutos consecutivos.
16. Nas doenças neuromusculares rapidamente progressivas, como a Distrofia Muscular de Duchénne, a VNI é iniciada quando a Capacidade Vital Forçada (FVC) for < 50% (valor



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



prognosticado) ou a Pressão Máxima Inspiratória for < 60 cmH₂O, independentemente dos critérios anteriores.

17. No caso da Esclerose Lateral Amiotrófica a VNI é ponderada com a FVC $< 70\%$.
18. Na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica a VNI é ponderada nos doentes que, apesar de uma OLD bem conduzida, evoluam para uma de duas situações:
 - a) PaCO₂ > 55 mmHg;
 - b) PaCO₂ entre 50 e 54 mmHg, numa das seguintes circunstâncias: dessaturação noturna (SpO₂ $< 88\%$ durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O₂ a 2 L/min) ou mais que dois episódios por ano de insuficiência respiratória aguda com internamento.
19. Nas doenças restritivas, em que a tosse é ineficaz, a in-exsuflação mecânica amplifica os benefícios da VNI. A sua introdução é obrigatória quando o débito de pico da tosse, (*peak cough flow*) é < 160 L/min, e ponderada quando o PCF é < 270 L/min.
20. Em doentes restritivos com VNI pode ser necessário a prescrição de oxigenoterapia adjuvante, para correção da hipoxémia. Nos doentes neuromusculares esta situação ocorre particularmente com infeções respiratórias. A oxigenoterapia nunca deve ser administrada isoladamente, dado o risco de frenação do centro respiratório.
21. Em idade pediátrica a VNI é prescrita, apenas, em serviços especializados com capacidade para diagnóstico, monitorização e manejo em agudização e está indicada em doentes com perturbação respiratória relacionada com o sono e associada a:
 - a) síndromes craniofaciais com obstrução das vias respiratórias superiores;
 - b) síndromes de hipoventilação / obesidade.

Equipamentos de monitorização e apoio

22. A prestação de Cuidados Respiratórios Domiciliários exige, em determinadas situações clínicas, o uso de equipamentos de monitorização e apoio, nomeadamente:
 - a) oxímetro;
 - b) monitor cardiorespiratório;
 - c) aspirador de secreções;
 - d) in-exsufador;
 - e) ressuscitador manual.
23. A prescrição de ressuscitador manual está associada a diagnóstico de doença neuromuscular ou neuropática, como a paralisia cerebral ou em doentes com doença broncopulmonar associada a doenças neurológicas graves, como epilepsias refratárias ou doenças degenerativas do sistema nervoso central, como adjuvante da tosse e em alternativa ao in-exsufador mecânico e/ou a portador de traqueostomia.
24. Em idade pediátrica a monitorização cardiorespiratória domiciliária está indicada em:





NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- a) prematuros com, pelo menos, um fator de risco;
- b) doença pulmonar crónica instável, sobretudo com necessidade de O₂ suplementar, pressão positiva contínua ou ventilação mecânica;
- c) traqueostomizados ou com alterações anatómicas da via aérea;
- d) hipoventilação central;
- e) apneia central associada com lesão ou disfunção cerebral;
- f) *Apparent life threatening events* (ALTE) grave com necessidade de estimulação vigorosa ou ressuscitação;
- g) irmãos de vítimas de morte súbita do lactente (MSL) – 2 ou mais.

25. Em idade pediátrica o in-exsufador mecânico está indicado em situações de doença neuromuscular com PCF < 270 L /min ou quadro de atelectasias / infeções respiratórias baixas recorrentes com evidência clínica ou radiológica de estase de secreções.

26. Devido à sua especificidade, a prescrição destes equipamentos é reservada a serviços especializados.

27. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

II - CRITÉRIOS

Ventiloterapia na Síndrome de Apneia do Sono

- a) A ventiloterapia por pressão contínua fixa (CPAP) ou variável (AutoCPAP) está indicada em doentes com síndrome de Apneia do Sono (SAS) que, após realização de estudo do sono, apresentem os seguintes critérios:
 - i. Índice de Apneia/Hipopneia (IAH – nº de eventos por hora de sono) ou Índice de Distúrbios Respiratórios (RDI) ≥ 30 ou
 - ii. Índice de Apneia/Hipopneia (IAH – nº de eventos por hora de sono) ou Índice de Distúrbios Respiratórios (RDI) ≥ 5 , se estiver associado a hipersonolência diurna e/ou a patologia cardiovascular.
- b) Na síndrome de apneia do sono complexa, o aparecimento de apneias centrais depois de atingido o nível de pressão eficaz para corrigir os eventos obstrutivos apesar do tratamento com CPAP pode ser tratado com servo ventilação autoadaptativa.
- c) A síndrome de apneia central do sono é uma entidade caracterizada por um IAH ≥ 5 , na qual 50 % ou mais dos eventos são centrais. A causa mais frequente é respiração de *Cheyne-Stokes*, associada à insuficiência cardíaca, devendo ser tratada com servo ventilação autoadaptativa, aferida em estudo poligráfico do sono.
- d) Quer os doentes com SAS e Síndrome de Obesidade Hipoventilação, quer os com Síndrome de Sobreposição (associação de SAS com outras patologias respiratórias), com Insuficiência





NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Respiratória Global têm indicação para terapêutica com pressão positiva binível. A aferição deve ser feita em estudo poligráfico do sono.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

- A VNI corrige a hipoventilação alveolar. A VNI na IRC tem como objetivo o aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos doentes com patologias que cursam com hipoventilação alveolar crónica.
- A hipoventilação surge inicialmente no sono. Posteriormente torna-se permanente, com IRC diurna. A VNI deve incluir sempre o período noturno.
- As manifestações clínicas de hipoventilação são insidiosas e difíceis de identificar. Incluem: fadiga, dispneia, cefaleia matinal, lentificação cognitiva, falta de memória, sonolência diurna excessiva.
- A hipercápnia é o marcador laboratorial de hipoventilação. Pode ser avaliada por gasimetria do sangue arterial e de forma não invasiva, particularmente útil durante o sono, por capnografia. A dessaturação noturna prolongada, avaliada por oximetria de pulso dá uma estimativa da presença e gravidade da hipoventilação noturna.
- A diminuição da FVC é um indicador clássico, mas pouco robusto, da evolução das doenças restritivas para a hipoventilação. A decisão de iniciar ventilação precocemente deve basear-se no registo direto da hipoventilação noturna.

Ventiloterapia em idade pediátrica

- A ventiloterapia por pressão contínua fixa (CPAP) está indicada em doentes com SAS e qualquer IAH desde que pertencentes a grupo de risco para desenvolvimento de SAS e esgotados outros recursos médicos e cirúrgicos. O estudo poligráfico do sono deve preceder a prescrição de Ventilação não invasiva (VNI) no SAS.
- Em situações de emergência ou impossibilidade transitória de estudo poligráfico do sono, a terapêutica ventilatória não deve ser protelada.
- Para a prescrição em pediatria a oximetria de pulso e a monitorização transcutânea de CO₂ são os exames habitualmente suficientes (o pH e os gases não são necessários na maior parte dos casos).

III - AVALIAÇÃO

- A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível local, regional e nacional.
- A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde e é seguida pelas administrações regionais de saúde e direções clínicas dos hospitais.
- A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento são da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.





NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- % pessoas inscritas com prescrição de ventiloterapia
 - % custos totais com ventiloterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários
 - % custos totais com ventiloterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica

IV – FUNDAMENTAÇÃO

Ventiloterapia no Síndrome de Apneia do Sono

- a) A síndrome de apneia do sono é uma doença frequente, sendo previsível que atinja cerca de 5 % da população. A SAS representa um fator de risco significativo para as doenças cardio e cerebrovasculares. Como tal, está associada à mortalidade por estas patologias. Relaciona-se, ainda, com o desenvolvimento de insulino-resistência e diabetes *mellitus*.
- b) A sonolência diurna excessiva (SDE), uma das manifestações cardinais da doença, é uma das principais causas de acidentes de viação e condiciona, por outro lado, o regular desempenho profissional. A SAS pode ter, portanto, custos em saúde (diretos e indiretos) significativamente elevados.
- c) No adulto, a SAS é uma doença tratável, em primeira linha, por ventilação por pressão positiva. Esta controla a sonolência diurna excessiva e as manifestações clínicas da doença, reduzindo a morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Ventiloterapia na Insuficiência Respiratória Crónica

- a) A cifoescoliose e as doenças neuromusculares (DNM), lentamente progressivas, constituem as mais antigas e bem sucedidas indicações para a ventilação não invasiva (VNI).
- b) Nas DNM rapidamente evolutivas a VNI aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida dos doentes. A in-exsuflação mecânica amplifica estes benefícios. A traqueostomia tem um papel residual. A VNI modificou a história natural de doenças como a distrofia muscular de Duchenne e a atrofia espinhal tipo II. O controlo das complicações cardiovasculares é o limite à sobrevida destes doentes.
- c) Na esclerose lateral amiotrófica (ELA) a VNI também melhora a qualidade de vida e aumenta a sobrevida, ainda que de forma não tão significativa como noutras patologias neuromusculares. Nestes doentes a profundidade do envolvimento bulbar condiciona a eficácia da ventilação e o prognóstico da doença. Mais do que em qualquer outra patologia, na ELA, a VNI deve ser complementada com ajudas inspiratórias (como a in-exsuflação mecânica) e o suporte nutricional, nomeadamente através de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG).





NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- d) Para os DMN a questão central que hoje se coloca é a redefinição dos critérios para iniciar VNI, defendendo-se, cada vez mais, o início precoce baseado em parâmetros fisiológicos, como a hipoventilação noturna e a diminuição dos volumes e força muscular.
- e) Na doença pulmonar obstrutiva crónica, pelo menos em alguns doentes, a VNI melhora a qualidade de vida e diminui o número de internamentos. O aumento da sobrevida passa pela forma de ventilar, nomeadamente pela utilização de pressões inspiratórias mais elevadas.

Ventiloterapia em idade pediátrica

- a) Na criança, a sonolência diurna é infrequente como manifestação de SAS, devendo a suspeição diagnóstica ser colocada perante uma situação clínica de risco (síndromes malformativas crânio-faciais ou patologia do sono associada a retardamento do crescimento). O exame diagnóstico é feito por estudo poligráfico do sono.
- b) Na criança, a ventilação deve, também, ser considerada em situações sem indicação cirúrgica ou de forma transitória, na estabilização do doente prévia à cirurgia.
- c) A ventilação de longa duração (VLD) em pediatria sofreu uma enorme evolução nos últimos 10 anos. É agora prática aceite que um ambiente familiar é preferível ao hospital, para cuidar de uma criança com IRC que precisa de suporte ventilatório crónico.
- d) Muitas crianças podem agora ser apoiadas com VNI, um facto que representa uma considerável simplificação de cuidados.
- e) A VNI em crianças com DNM tem demonstrado benefícios evidentes em termos de resultados e aceitabilidade pelos doentes e registou o maior aumento do suporte ventilatório domiciliário nos últimos anos.
- f) A VNI aumentou, também, significativamente em crianças com perturbações respiratórias relacionadas com o sono e na hipoventilação/obesidade sintomática.

V - APOIO CIENTÍFICO

- a) Elsa Soares Jara (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), António de Sousa Uva, Cândido Matos Campos, Celeste Barreto, Cristina Bárbara, Isabel Castelão, Joaquim Moita, Paula Pinto, Paula Simão, Sofia Mariz.
- b) A presente Norma foi visada pela Presidência da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
 - i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
 - ii. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação;
 - iii. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
 - iv. Sociedade Portuguesa de Pediatria;
 - v. Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

BIBLIOGRAFIA

Ambrosino, N., N. Carpenne, et al. (2009). "Chronic respiratory care for neuromuscular diseases in adults." *Eur Respir J* 34(2): 444-451.

American Academy of Sleep Medicine (AASM). *International Classification of Sleep Disorders*. Westchester, AASM, 2005.

Circular Normativa nº 6/DSPCS, de 07/06/2006, Direção-Geral da Saúde. Prescrição de Cuidados Respiratórios Domiciliários

Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation A Consensus Conference Report. *Chest*, 1999. 116(2): p. 521-534.

Consensus. "Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation. A Consensus Conference Report." *Chest* 116(2): 521-534.

Cuidados de Saúde Respiratórios Domiciliários em Portugal, Relatórios da Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários 2011: Proposta de atualização da Circular Normativa Nº 06/DSPCS da Direção-Geral da Saúde e Boas Práticas em Cuidados Respiratórios Domiciliários, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/publicacoes/estudos/cuidados+respiratorios.htm>.

Dreher, M., I. Rauter, et al. (2007). "When should home mechanical ventilation be started in patients with different neuromuscular disorders?" *Respirology* 12(5): 749-753.

Gay P, Weaver T., Loubé D., Iber C. – Evaluation of positive airway pressure treatment for sleep related breathing disorders in adults. A review by the positive airway pressure task force of the standards of practice committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Sleep* 2006;29: 381-401

Institut National D'Assurance Maladie-Invalidité (Bélgica)- Convention relative au diagnostique et au traitement du SOAS.

Kushida CA, Littner MR, Hirshkowitz M, Mogenthaler TI, Alessi CA, Bailey D, Boehecke B, Brown TM, Coleman J, Friedman L, Kapen S, Kapur VK, Kramer M, Lee-Chiong T, Owens J, Pancer JP, Swick TJ, Wise MS. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. *An American Academy of Sleep Medicine Report. Sleep* 2006; 29: 375-380.

Lloyd-Owen, S.J. et al. – Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. *Eur. Respir J*. 2005; 25(6): 1025-1031

Loubé D, Gay P, Strohl K, Pack A, White D, Collop N. Indications for positive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea patients. *Chest* 1999; 115: 863-866

Marques A., J. Moita, et al. (2005). "Pulmonary function in Duchenne muscular dystrophy patients before and after noninvasive ventilation." *Eur Respir J* 26(Suppl. 49): 85 s.

Muir, J.-F., C. Molano, and A. Cuvelier, NIV and obstructive lung diseases, in *Noninvasive Ventilation*. 2008, European Respiratory Society Journals Ltd. p. 203-223.



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Simonds, A. K. (2008). NIV and neuromuscular disease. *Noninvasive Ventilation, European Respiratory Society Journals Ltd.* 41: 224-239.

Ward, S., M. Chatwin, et al. (2005). "Randomised controlled trial of non-invasive ventilation (NIV) for nocturnal hypoventilation in neuromuscular and chest wall disease patients with daytime normocapnia." *Thorax* 60(12): 1019-1024.

Simonds, A.K., Recent advances in respiratory care for neuromuscular disease. *Chest*, 2006. 130(6): p. 1879-86.

Weitzenblum, E., et al., Overlap syndrome: obstructive sleep apnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc*, 2008. 5(2): p. 237-41.

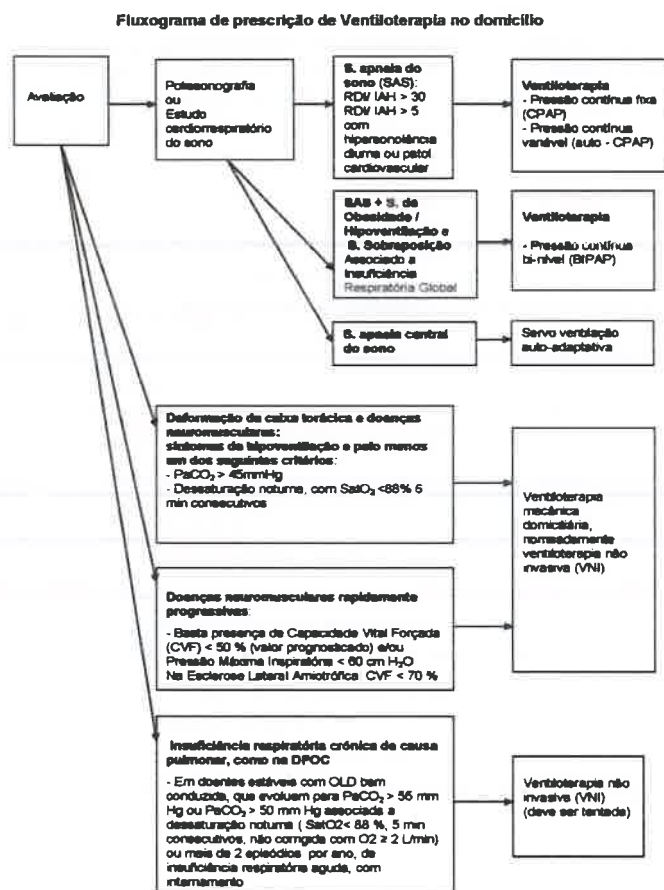
Windisch, W., et al., Outcome of Patients With Stable COPD Receiving Controlled Noninvasive Positive Pressure Ventilation Aimed at a Maximal Reduction of Paco2*. *Chest*, 2005. 128(2): p. 657-662.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



ANEXOS

FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO DE VENTILOTERAPIA NO DOMICILIO



NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



REGRAS DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS (CRD)

A prescrição de CRD deve ser feita obrigatoriamente por via eletrónica. Quando a prescrição eletrónica não for possível, utilizar-se-á um formulário único, de uso obrigatório em todas as administrações regionais de saúde, com base no conteúdo do formulário eletrónico.

A prescrição inicial de CRD deverá respeitar as regras estabelecidas na presente Norma, em coerência com a evidência científica vigente.

Os médicos prescritores deverão ter competência na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à fundamentação da prescrição.

O uso ocasional e justificado deste suporte impresso, no caso do sistema eletrónico já tiver sido implementado, deve ser seguido do seu registo no sistema informático em tempo julgado oportuno.

A prescrição deve incluir quatro componentes: identificação, prescrição, fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

A componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos, especialmente os que se referem à fundamentação com os critérios fisiopatológicos aplicáveis.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento/s e respetivo/s equipamento/s se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado serão preenchidos.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de 90 (noventa) dias, finda a qual a prescrição termina, se a mesma não for renovada.

A folha de prescrição impressa, destinada aos casos residuais, em que a via eletrónica não seja possível, disporá de uma cópia com identificação por código de barras ou outro sistema.

O original do pedido de prestação de CRD seguirá para a empresa fornecedora, via doente. Uma cópia, com todos os elementos, técnicos e clínicos, destina-se ao processo clínico e permitirá o posterior registo na aplicação informática de suporte, quando aplicável.

No site da Direção-Geral da Saúde onde este formulário pode ser descarregado está acessível um resumo das indicações de prescrição e instruções para um correto preenchimento do formulário.

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

BILHETES DE IDENTIDADE

| Designação | Percentagem de pessoas inscritas com prescrição de ventiloterapia | | |
|--------------------------------|--|----------------------|--|
| Tipo de Indicador | QUALIDADE TÉCNICA / EFETIVIDADE | Entidade Gestora | ACES |
| Tipo de falha | | Periodo aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Percentagem |
| Responsável pela monitorização | ACES/ARS | Fórmula | A / B x 100 |
| | | Output | Percentagem de utentes |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Orgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Critérios de inclusão | Numerador: - Denominador - Ter prescrição de ventiloterapia Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |
| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
| A - Numerador | Número de inscritos com prescrição de ventiloterapia | SI USF/UCSP | Nº de inscritos |
| B - Denominador | Número de inscritos | SI USF/UCSP | Nº de inscritos |

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

| Designação | Percentagem de custos com ventiloterapia no total de custos com cuidados respiratórios domiciliários | | |
|--------------------------------|---|----------------------|--|
| Tipo de Indicador | EFICIÊNCIA | Entidade Gestora | ARS |
| Tipo de falha | | Período aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a proporção de custos de ventiloterapia no total de custos com terapêuticas respiratórias domiciliárias | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Porcentagem |
| Responsável pela monitorização | ARS | Formula | A / B x 100 |
| | | Output | Porcentagem de custos |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Órgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Crterios de inclusão | Numerador: - Denominador - Custos totais com ventiloterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários contabilizados | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |
| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
| A - Numerador | Custos totais com ventiloterapia | SIEF | € |
| B - Denominador | Custos totais com cuidados respiratórios domiciliários | SIEF | € |

NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

| | | | |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| Designação | Percentagem de custos com ventiloterapia no total de custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica | | |
| Tipo de Indicador | EFICIÊNCIA | Entidade Gestora | ARS |
| Tipo de falha | | Período aplicável | Ano |
| Objetivo | Aplicar a Norma da DGS | | |
| Descrição do Indicador | Indicador que exprime a proporção de custos de ventiloterapia no total de custos com meios complementares de terapêutica | | |
| Frequência de monitorização | Trimestral | Unidade de medida | Percentagem |
| Responsável pela monitorização | ARS | Fórmula | A / B x 100 |
| | | Output | Percentagem de custos |
| Prazo Entrega Reporting | Dia 25 do mês n+1 | Valor de Referência | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Órgão fiscalizador | ARS | Meta | a definir ao fim de um ano de aplicação da norma |
| Critérios de inclusão | Numerador: - Denominador - Custos totais com ventiloterapia contabilizados Denominador: - Custos totais com meios complementares de terapêutica contabilizados | | |
| Observações | | | |
| Fator crítico | | | |

| Variáveis | Definição | Fonte Informação/ SI | Unidade de medida |
|-----------------|---|----------------------|-------------------|
| A - Numerador | Custos totais com ventiloterapia | SIEF | € |
| B - Denominador | Custos totais com meios complementares de terapêutica | SIEF | € |

PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

(Obrigatório preencher todos os quadros, incluindo tratamentos não desejados)

A – Identificação da receita

| | | | | | |
|----------------------|----------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| Nome | | Prescrição ² | Local de Prescrição Vinheta | Especialidade | |
| Endereço | | | | <input type="checkbox"/> Inicial | Telefone: |
| CP-Localidade | | <input type="checkbox"/> Continuação | Médico Prescritor Vinheta | Data ¹ | |
| Data Nascimento | Telefone | | | <input type="checkbox"/> Modificação | Assinatura: |
| Entidade Responsável | | | | | |

B – Tratamentos

| Tratamentos | Sim | Não | Data Início | Data Fim ¹ | Oxigenoterapia | Débito L/min | Horas /Dia | Sistema Nebulização | Designação | Produto | Neb/Dia | Data Fim ¹ |
|----------------|-----|-----|-------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------|------------|---------------------------------------|------------|---------|---------|-----------------------|
| Oxigenoterapia | | | | | <input type="checkbox"/> Gasoso | | | <input type="checkbox"/> Ultrassónico | | | | |
| Inaloterapia | | | | | <input type="checkbox"/> Concentrador | | | <input type="checkbox"/> Electrónico | | | | |
| Ventiloterapia | | | | | <input type="checkbox"/> Líquido | | | <input type="checkbox"/> Pneumático | | | | |
| | | | | | | | | - Gerador | | | | |
| | | | | | | | | - Nebulizador 1 | | | | |
| | | | | | | | | - Nebulizador 2 | | | | |

| Ventiloterapia | Nome | CPAP EPAP | IPAP | FR | I:E Ti min-max | VC | Rampa/Trigger | Horas/Dia |
|--------------------------------------|------|-----------|------|----|----------------|----|---------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> CPAP | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auto CPAP | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bi-nível | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volumétrico | | | | | | | | |

C – Equipamentos

| Equipamentos | Sim | Não | Data Início | Interfaces e Acessórios | |
|---------------------------------|-----|-----|-------------|--|---|
| Oxímetro | | | | <input type="checkbox"/> Máscara nasal | <input type="checkbox"/> Óculos nasais |
| Monitor Cardiorrespiratório | | | | <input type="checkbox"/> Máscara facial | <input type="checkbox"/> Sonda nasal |
| Aspirador secreções (portátil?) | | | | <input type="checkbox"/> Peça Bucal | <input type="checkbox"/> Cânula Traqueostomia |
| In-Exsufador | | | | <input type="checkbox"/> Humidificador para Ventilador | |
| Ressuscitador Manual | | | | | |

PARTE II – Diagnósticos e Fundamentação Clínica e Funcional da Prescrição

Diagnósticos

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Pneumoconiose | <input type="checkbox"/> Cifoescotiose |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Pulmonar | <input type="checkbox"/> Sequelas TP | <input type="checkbox"/> Síndrome Apneia Sono |
| <input type="checkbox"/> Bronquiectasias | <input type="checkbox"/> Bronquite obliterante | <input type="checkbox"/> Síndrome de Overlap |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Quística | <input type="checkbox"/> Doença Neuromuscular | <input type="checkbox"/> S. Obesidade Hipoventilação |
| <input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar | <input type="checkbox"/> Asma Persistente Grave | <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca |
| | <input type="checkbox"/> Outro (justificar): | |

Avaliação Clínica

| | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fumador | <input type="checkbox"/> Ex-fum. | <input type="checkbox"/> Não Fumador |
| <input type="checkbox"/> Estabilidade Clínica ⁴ | | |
| <input type="checkbox"/> Presença ou antecedentes de Insuficiência Cardíaca | | |
| <input type="checkbox"/> Cor Pulmonale | | |

| Data: | Função Respiratória | |
|-------|------------------------|-----------|
| | Real | % Teórico |
| | FVC ⁵ | |
| | FEV1 ⁵ | |
| | FEV1/FVC ⁵ | |
| | TLC ⁶ | |
| | FRC ⁶ | |
| | DLCO ⁶ VA ? | |

| Data: | Gasometria ⁵ | |
|-------|-------------------------|--|
| | pH | |
| | PaCO2 | |
| | PaO2 | |
| | HCO3 | |
| | BE | |
| | Sat O2 | |

| Data: | Polissonografia ou Registo Simplificado Sono ⁵ | |
|-------|---|--|
| | IAH/RDI | |
| | % Sat < 90 % | |
| | Data | |
| | Hematócrito ⁵ | |
| | Valor | |

NOTAS:

1 – Data de preenchimento da folha

2 – Início, modificação ou continuação da prescrição pelo período de 3 meses

Se "Continuação" não preencher mais

3 – Prescrição inferior a um trimestre

4 – Período mínimo de 3 meses pós última agudização

5 – Obrigatória e em estabilidade clínica ou indicar o motivo da não colaboração (crianças ou adultos com incapacidade, urgência)

6 – Facultativa

REGRAS DE PREENCHIMENTO DA FOLHA DE PRESCRIÇÃO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS.

A prescrição inicial dos cuidados domiciliários respiratórios deverá obedecer ao princípio da diferenciação e competência e ser orientada pela evidência científica vigente. Isto significa que os médicos prescritores deverão ter competência creditada na área respetiva e acesso aos meios técnicos necessários à prescrição.

A folha de prescrição inclui quatro componentes: de identificação, de prescrição, de fundamentação clínica e temporal.

Na componente de identificação incluem-se campos destinados ao local de prescrição, ao prescritor e ao doente.

Na componente de prescrição inclui a caracterização do tipo de prescrição: inicial, continuação ou modificação.

No caso de ser uma prescrição inicial ou de modificação é absolutamente obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Em caso de prescrição do tipo continuação, apenas os campos relativos ao tipo de tratamento continuado.

Sublinhe-se que a especificação de tratamento (s) e respetivo (s) equipamento (s) se rege pelo princípio de preenchimento obrigatório de todos os campos.

A componente de fundamentação clínica inclui o diagnóstico e parâmetros de avaliação funcional respiratória que justificam a prescrição.

A componente temporal impõe que a prescrição tenha a validade máxima de três meses, finda a qual a prescrição terá de ser renovada.

Ilustração 1- Anexo I circular normativa S5

Anexo II

| Tipo de tratamento | Código | Nomenclatura do artigo | Preço total |
|---------------------------|--------------|---|-------------|
| Aerosolterapia | A1117 | Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos | 1,04 € |
| | A1118 | Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização pneumáticos "inteligentes" | 5,07 € |
| | A1119 | Aerosolterapia - através de sistemas de nebulização ultrassónicos | 1,04 € |
| | A1120 | Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória | 2,34 € |
| | A1121 | Aerosolterapia - através de sistemas ou equipamentos de nebulização eletrónicos com membrana oscilatória e "inteligentes" | 4,55 € |
| Oxigenoterapia | O901 | Oxigenoterapia - através de Oxigénio Gasoso | 2,33 € |
| | O902 | Oxigenoterapia - através de Oxigénio Líquido | 5,04 € |
| | O903 | Oxigenoterapia - através de Oxigénio por Concentrador convencional | 2,28 € |
| | O914 | Oxigenoterapia - através de Oxigénio por concentrador portátil | 2,84 € |
| Ventiloterapia | V129 | Ventiloterapia - através de ventiladores com servo ventilação auto adaptativa | 4,65 € |
| | V957 | Ventiloterapia - através de geradores por pressão positiva contínua (CPAP) | 1,35 € |
| | V958 | Ventiloterapia - através de geradores por pressão positiva contínua (Auto CPAP) | 1,57 € |
| | V903 | Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva binível (S, ST e AVAPS) | 4,29 € |
| | V911 | Ventiloterapia - através de ventiladores por pressão positiva auto bi-nível | 2,22 € |
| | V912 | Ventiloterapia - através de ventiladores volumétricos | 12,86 € |
| | V951 | Ventiloterapia - através de ventiladores híbridos | 12,86 € |
| Outros Tratamentos | A904 | Aspirador de Secreções | 1,91 € |
| | I901 | In-Exsuflador | 7,24 € |
| | M901 | Monitor cardio-respiratório com capnografia e oximetria integrados | 2,57 € |

Ilustração 2 – Anexo II Codificação / Nomenclatura de CRD

ANEXO III
ANEXO IV
COMPROVATIVO DE INSTALAÇÃO
CUIDADOS TÉCNICOS DE SAÚDE NA ÁREA DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Dados do utente.

| | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Nome: _____ | |
| Morada: _____ | |
| N.º Utente: _____ | Data de Nascimento: ____/____/____ |
| Telefone: _____ | Telemóvel: _____ |
| Subsistema de Saúde: _____ | Médico Prescritor: _____ |

2 – ENTIDADE CONVENCIONADA:

Dados da Entidade
Convencionada.

| | |
|------------------------|-----------------|
| Nome: _____ | Telefone: _____ |
| Morada: _____ | Email: _____ |
| Nome do Técnico: _____ | |

3- INSTALAÇÃO:

Instalação.

| Código do Equipamento | Designação | Quantidade Instalada | Data Instalação | N.º Aparelho/Lote |
|-----------------------|------------|----------------------|-----------------|-------------------|
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |

4 – DECLARAÇÃO DO UTENTE:

Declaração do Utente.

O equipamento prescrito, foi instalado no dia ____/____/____, em perfeito estado. Foram também dadas explicações sobre o seu funcionamento, bem como os cuidados a ter com o mesmo. Mais declaro que caso ocorra a cessação do tratamento, previamente ao prescrito informarei o prestador para proceder à recolha do equipamento no prazo máximo de 3 dias e que caso não se proceda nesta conformidade informarei de imediato o IASAÚDE, IP-RAM (iasaude@iasaude.madeira.gov.pt), sob pena de me serem imputados os custos de utilização. **Em caso de internamento superior a 10 dias informar o prestador.**

Mais declaro que não me acarreta qualquer custo com a instalação/utilização do equipamento descrito no ponto anterior.

Assinatura do Utente: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Técnico: _____ Data: ____/____/____

Impresso em 3 vias – 1ª via para o IASAÚDE, IP-RAM, 2ª via para o utente e 3ª via para o prestador.

Ilustração 3 - Anexo III Comprovativo de Instalação

Anexo IV

ANEXO V COMPROVATIVO DE DEVOLUÇÃO CUIDADOS TÉCNICOS DE SAÚDE NA ÁREA DOS CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

1 – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Dados do utente.

| | |
|----------------------|--|
| Nome: | _____ |
| Morada: | _____ |
| N.º Utente: | _____ Data de Nascimento: ____/____/____ |
| Telefone: | _____ Telemóvel: _____ |
| Subsistema de Saúde: | _____ Médico Prescritor: _____ |

2 – ENTIDADE CONVENCIONADA:

Dados da Entidade
Convencionada.

| | |
|------------------|-----------------------|
| Nome: | _____ Telefone: _____ |
| Morada: | _____ Email: _____ |
| Nome do Técnico: | _____ |

3- REVISÃO/SUBSTITUIÇÃO:

Sempre que exista
uma revisão ou
substituição do
equipamento.

| Data | Local da revisão/substituição do equipamento* | Tipo de Intervenção | Data da próxima revisão | Assinatura do técnico da empresa | Assinatura Utante |
|------|---|------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |

*Escolher uma opção: 1 – Domicílio do utente 2 – Outro. Qual? _____

4 - DEVOLUÇÃO:

Quando ocorre a
devolução do
equipamento.

| Código do Equipamento | Designação | Quantidade Devolvida | Data Devolução | N.º Aparelho/Lote |
|--------------------------|------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |
| | | | / / | |

Assinatura do Técnico: _____ Data: ____/____/____

Impresso em 2 vias – 1ª via para o IASAÚDE, IP-RAM, 2ª via para o prestador.

Ilustração 4- Anexo IV Comprovativo de Devolução

Anexo V

ANEXO VI REGISTO E MONITORIZAÇÃO DOS UTENTES EM CRD

Entidade Convencionada: _____ Período ⁽¹⁾: de ___/___/___ a ___/___/___

| N.º Utente | Tipo de CRD Convencionado | Tipo de Prescrição ⁽²⁾ | Data da Prescrição ⁽³⁾ | Validade da Prescrição ⁽³⁾ | Data da Última Visita/Revisão ⁽³⁾ | Total Dias |
|------------------|---|--|-----------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| Número de Utente | Tipo de Cuidado Respiratório Domiciliário | Tipo de Prescrição (Inicial/Continuação/Modificação) | Data da Prescriçãb | Validade da Prescrição | Data da última revisão | Total de dias de tratamento |

Total de Utentes do Semestre:

- (1) – Deve ser correspondente a um semestre.
 (2) – Inicial/Continuação
 (3) – Devem ser acrescentadas colunas com os tópicos assinalados ao longo do seguimento dos utentes

Ilustração 5 – Anexo V Registo e Monitorização dos Utentes em CRD

Anexo VI

ANEXO VII MINUTA DE CREDENCIAL CUIDADOS RESPIRATÓRIOS DOMICILIÁRIOS

Direção Clínica do SESARAM, EPERAM

Autorizado

Não Autorizado (1)

__/__/__

Dados do utente.

Nome do Utente: _____

N.º de Utente: _____

Identificação e
especialidade do
médico.

Identificação do Médico: _____

Especialidade: _____

Motivo.

Motivo do Encaminhamento:

Equipamentos indisponíveis no SESARAM, EPERAM

Outros _____

Área de prestação:

Oxigenoterapia

Ventiloterapia

Aerosolterapia

Outros _____

Área

Fundamentação (1) _____

Data e Assinatura do Médico

__/__/__ _____

Vinheta do
Médico
requisitante

Ilustração 6 - Anexo VI Minuta de Credencial

Versão

| Versão | Data | Alteração principal |
|--------|------------|--|
| 1.0 | 2023.04.01 | Versão original Normas de Relacionamento – Convenção para a Prestação de CRD. |
| 1.1 | 2023.05.22 | Correção da versão original Alteração na página 5 e 11. |