Protocolo para dispensação do equipamento CPAP no município de Guarulhos.

Outubro/2017

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO....3
2 - SEGUIMENTO DE PACIENTES SOB TRATAMENTO COM CPAP....4
3- AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM SAHOS....5
4 – COMPLICAÇÕES....6
5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO CPAP....6
6 - CRITÉRIOS PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO....6
7 - CONTRA-INDICAÇÕES....7
8 - FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DO CPAP....7
9 – RESPONSABILIDADES....9
Anexo 1....12
Anexo 2....13
Anexo 3....16
Anexo 4....17
Anexo 5....18
Anexo 6....19
Anexo 7....20
10 – REFERÊNCIAS....22

1 - INTRODUÇÃO

Desde a sua descrição inicial, 1981, para tratamento da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) por Sullivan, o aparelho mais bem estudado para esse fim é o CPAP (Continuous Positive Airway Pressure – Pressão Positiva Contínua na Via Aérea) permanece sendo o pilar do tratamento da apneia moderada e grave em adultos, e indicada como uso opcional para apneia leve conforme recomendação da Academia Americana de Medicina do Sono.

O CPAP é um equipamento de suporte ventilatório não invasivo. Possui mecanismo de produção de fluxo constante de ar para as vias aéreas.

A Síndrome da apneia e hipopnéia obstrutiva do sono (SAHOS) é uma doença crônica ocasionada pela cessação (apneia) ou diminuição (hipopneia) da respiração de maneira periódica durante o sono causada pelo estreitamento ou oclusão das vias aéreas. Caracteriza-se por:

- Interrupção ou diminuição da respiração durante o sono relacionada a pausas respiratórias ou despertares noturnos;
- Sonolência, fadiga e perda da concentração durante o dia;
- Sinais de distúrbio do sono como roncos e inquietação;

As pessoas com SAHOS podem ter diminuição do desempenho cognitivo e problemas de saúde devido aos despertares repetidos e a falta de oxigênio durante o sono, além de ter um aumento do risco de morte se tiverem fatores de risco cardiovasculares e mais de 30 apneias e/ou hipopnéias por hora de sono. O tratamento de escolha nesses casos é o fornecimento de uma pressão positiva para as vias aéreas, o que possibilita que as mesmas permaneçam abertas durante o sono.

Diferentes estudos demonstram que o CPAP pode reduzir o Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) para menos de 5 a 10 eventos por hora na maioria dos pacientes, melhorando dessa forma a saturação periférica da oxi-hemoglobina (SPO2), reduzindo o número de despertares repentinos, além de reduzir ou eliminar a sonolência diurna.

A SAHOS classifica-se em:

- Leve: quando apresenta valores entre 5 a 15 IAH/h (índice de apneia e hipopneia por hora de sono), associada à discreta dessaturação da oxihemoglobina e sonolência excessiva leve;
- Moderada: de 15 a 30 IAH/h associada à moderada dessaturação de oxihemoglobina e moderada sonolência excessiva;

- Grave: quando apresenta IAH/h maior que 30 associada a grave dessaturação de oxihemoglobina e intensa sonolência excessiva, além de sintomas de insuficiência coronariana e cardíaca, bem como graves arritmias cardíacas.

Vários estudos demonstram que o uso efetivo do CPAP em pacientes com SAHOS é capaz de:

- Reduzir a nictúria;
- Reduzir o risco de acidentes automobilísticos;
- Prevenir a recorrência e até reverter fibrilação atrial;
- Ajuda a controlar a pressão arterial sistêmica;
- Aumenta a sobrevida livre de eventos em pacientes com doença arterial coronariana;
- Reduz marcadores inflamatórios como a proteína C reativa, fator de necrose tumoral e interleucina;
- Reduz a gordura visceral;
- Melhora a fração de ejeção em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva;
- Reduz a mortalidade após acidente vascular encefálico;
- Melhorar a disfunção erétil
- Melhorar a sensibilidade à insulina.

Antes de iniciar o uso CPAP, é necessário estimar a pressão ideal para corrigir os eventos obstrutivos.

Apesar do diagnóstico clínico ser relevante o mesmo tem baixa especificidade e sensibilidade, sendo necessário um diagnóstico mais minucioso através de um exame quantitativo específico de polissonografia (PSG). A PSG completa de noite para titulação manual do CPAP é o padrão-ouro para se determinar a pressão ideal para o tratamento com o CPAP.

2 - SEGUIMENTO DE PACIENTES SOB TRATAMENTO COM CPAP

A apneia do sono deve ser tratada como uma doença crônica com reavaliações regulares com um médico, uma vez que avaliações programadas com intervenções precoces para corrigir efeitos colaterais e desconfortos aumentam a adesão.
Segundo Simas et al., a prescrição do tratamento com o aparelho é médica, contudo o profissional

que geralmente o titula e o controla é o Fisioterapeuta por conta de seu maior conhecimento técnico e por obter um maior período de tempo para acompanhar o paciente.

Imediatamente antes de o paciente iniciar o uso do CPAP, é necessário dar todas as orientações relativas ao modo de colocar e ajustar da máscara, ligar o aparelho, bem como aquelas sobre higiene do equipamento. É fundamental checar a vedação da máscara após o paciente tê-la colocado sem ajuda.

3- AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM SAHOS

O paciente deverá ser avaliado e acompanhado periodicamente por um Médico Pneumologista ou Otorrinolaringologista, com o objetivo de se avaliar quadro clínico, melhora ou piora dos sintomas, tratamento medicamentoso, adesão ao tratamento, solicitação de novos exames quando se fizer necessário, dentre outros.

A avaliação fisioterapêutica deve ser direcionada para queixas relacionadas aos distúrbios respiratórios do sono (DRS). A anamnese deve incluir registro de dados e histórico do paciente, hábitos de vida, comorbidades e queixas. Observar sinais de cansaço, fadiga e sonolência. Características anatômicas como retro ou micrognatismo, hipotonia da musculatura de face, pescoço alargado, abdômen globoso, bem como alterações do desenvolvimento da maxila e da mandíbula, podem predizer presença e gravidade dos DRS. O Fisioterapeuta deve questionar o paciente sobre sintomas, como episódios de ronco, engasgos, falta de ar e sensação de sufocamento, ressecamento na boca durante o sono, pesadelos, taquicardia, cefaleia matinal, noctúria, sonolência diurna, alterações de humor e memória, dificuldade de concentração e depressão. A posição corporal enquanto dorme, principalmente em decúbito dorsal pode estar relacionada com a piora das queixas respiratórias e deve ser investigada. Sintomas nasais como rinites, sinusites e desvios de septo, dificultam a respiração por máscara nasal e, nesses casos, uma avaliação com o Otorrinolaringologista pode ser útil. Além disso, escores altos de Mallampati e de hipertrofia de tonsilas favorecem obstrução e precisam ser avaliados. A presença de familiares na avaliação pode ser muito esclarecedora, pois, geralmente, o paciente com DRS não tem percepção de presença de ronco, apneias ou padrão respiratório anormal durante o sono. Assim, de posse de todos esses dados e com a polissonografia em mãos, o Fisioterapeuta deve iniciar a adaptação do paciente ao equipamento. Vale considerar que é extremamente importante que o Fisioterapeuta tenha o cuidado de avaliar minuciosamente a polissonografia, pois, dependendo do distúrbio prevalente (obstrutivo, central ou respiração periódica), a indicação do dispositivo e modo

ventilatório pode variar. A escolha do dispositivo errado pode comprometer o sucesso no tratamento e até mesmo piorar o quadro vigente.

O paciente deve ser orientado a usar o equipamento todas as noites e durante os cochilos diários. Seu uso por períodos pequenos e irregulares diminui os benefícios e torna a adaptação mais difícil. O Fisioterapeuta, também, deve orientar o paciente sobre cuidados e higienização do aparelho.

4 - COMPLICAÇÕES

As complicações descritas são:

- Desconforto torácico;
- Piora da congestão nasal e da rinorreia, em pacientes com rinite alérgica;
- Pneumotórax;
- Dor em seios da face;
- Sinusopatia;
- Enfisema subcutâneo nas pálpebras inferiores;
- Aerofagia e epistaxe.

5 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO CPAP

- Ser morador do município de Guarulhos
- Prescrição médica com a indicação do equipamento;
- Diagnóstico médico principal pelo CID G47.3;
- Resultado da polissonografia de noite inteira: ≥ 15 IAH/h (com titulação de CPAP)

6 - CRITÉRIOS PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO

- Melhora do grau da SAHOS;
- Suspensão do CPAP pelo Médico;
- Abandono ou não adesão ao tratamento
- Óbito.

Apesar dos benefícios relatados na literatura do CPAP nasal, a adesão ao tratamento ainda é dificultada devido a não adaptação das máscaras faciais e dormir com pressão aérea nasal. Por

isso, é importante o acompanhamento médico e fisioterápico com o objetivo de verificar a melhor interface, ajustes e orientações.

7 - CONTRA-INDICAÇÕES

- Pacientes com ICC e fração de ejeção <45%;
- Diminuição da consciência, agitação, confusão mental ou recusa do paciente;
- Tosse ineficaz ou incapacidade de deglutição;
- Trauma de face ou obstrução de via aérea superior;
- Sangramento digestivo alto;
- Instabilidade hemodinâmica com necessidade de medicamento vasopressor, choque, arritmias complexas.

8 - FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DO CPAP.

1º Passo: Paciente/familiar deverá dirigir-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) municipal de referência com o **Anexo 1** preenchido pelo médico; cópias do seu RG, CPF, cartão SUS, comprovante de endereço do paciente e responsável/cuidador; e os seguintes critérios:
- Prescrição médica com a indicação do equipamento;
- Diagnóstico médico principal pelo CID G47.3;
- Resultado da polissonografia de noite inteira (com titulação de CPAP) com ≥ 15 IAH/h.

2° Passo: Realizar visita domiciliar **Anexo 2**.

3º Passo: A UBS deverá conferir a documentação necessária para encaminhamento do processo à Região de Saúde.

<u>Documentação necessária:</u>

- Anexo 1 e 2.
- Cópias do RG, CPF, CNS e comprovante de residência do paciente e responsável/cuidador.
- Prescrição médica com a indicação do equipamento;
- Diagnóstico médico principal pelo CID G47.3;
- Resultado da polissonografia de noite inteira (com titulação de CPAP) com ≥ 15 IAH/h.

4° Passo: A Região de Saúde verificará a documentação necessária e critérios, assim como preencherá e encaminhará o **Anexo 3** (Solicitação de Serviço) ao DAFS para o Serviço de atenção Domiciliar (sadguarulhos@gmail.com) e aos coordenadores da Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas (RDC) – email: rdcguarulhos@gmail.com.

5° Passo: Os pedidos de CPAP serão planilhados de acordo com a data de solicitação para a organização dos pacientes solicitantes.

6º Passo: O DAIS (técnicos da RDC) enviará semanalmente a fila de solicitação ao DAFS - Serviço de Atenção Domiciliar para a liberação do equipamento.

7º Passo: O equipamento liberado será enviado à UBS de referência do paciente para que haja a instalação do CPAP com a presença do profissional fisioterapeuta. Caso a unidade não possua fisioterapeuta, solicitar apoio a Região de Saúde, que irá articular com a unidade mais próxima para a instalação do equipamento. A instalação deve ser conjunta entre empresa e Atenção Básica de Saúde.

8° Passo: Na instalação deverá ser preenchido os **Anexos 4.**

11º Passo: Os pacientes em uso de CPAP deverão ser reavaliados a cada 6 meses pelo pneumologista/otorrinolaringologista ou conforme terapêutica. Portanto, a UBS deverá agendar a consulta com esse profissional.

12° Passo: Na reavaliação com pneumologista/otorrinolaringologista do SUS, o mesmo deverá preencher o **Anexo 5.**

13 Passo: Após a reavaliação do pneumologista/otorrinolaringologista do SUS a UBS deverá encaminhar digitalizado para a Região de saúde o **Anexo 5**.

15° Passo: A UBS deverá monitorar o paciente para que a cada 6 meses haja reavaliação com pneumologista/otorrinolaringologista **Anexo 6**;

18º Passo: A UBS deverá informar em caso de alta médica ou óbito a Região de Saúde que repassará ao DAFS (SAD) para a retirada do equipamento do domicílio. Para a devolução do equipamento, preencher **Anexo 7.**

9 - RESPONSABILIDADES

a) Responsabilidades da UBS

- Realizar visita domiciliar;
- Compartilhar visitas domiciliares com a EMAD.
- Encaminhar a documentação necessária a Região de Saúde.
- Orientar o paciente, cuidador e/ou familiar quanto ao uso do equipamento e/ou cuidado com o usuário.
- Realizar visitas domiciliares mensalmente ao paciente.
- Agendar a consulta médica e fisioterápica.
- Realizar gestão do cuidado.
- Prever acompanhamento conforme Projeto Terapêutico Singular.
- Deve-se deixar claro para o paciente/cuidador a importância de fazer uso do equipamento de acordo com a prescrição médica e fisioterápica para atingir os benefícios da terapia.
- Deve-se investir na construção de vínculos com o paciente e a família/cuidador, pois se faz necessário, compreender os fatores que dificultam o uso do equipamento, visando ampliar a capacidade de apoio da equipe multiprofissional para o esclarecimento de dúvidas.
- Atualizar qualquer alteração de endereço e/ou telefone do paciente;
- Em caso de óbito, a UBS deverá comunicar a Região de Saúde.

b) Responsabilidade da Região de Saúde

- Verificação da documentação exigida para dispensação do BIPAP.
- Comunicação com a UBS sobre as instalações de equipamentos.
- Informar ao DAFS (SAD) óbitos e altas.
- Acompanhar a gestão do cuidado com a UBS.
- Intervir nas dificuldades apresentadas pelas equipes de saúde.
- Planilhar os pacientes em uso de CPAP.

c) Responsabilidades do DAIS

- Estabelecer diretrizes de cuidado ao paciente em uso de CPAP.
- Estabelecer indicadores.
- Intervir nas dificuldades apresentadas pelas Regiões de Saúde na gestão do cuidado.

d) Responsabilidades do Paciente e/ou Cuidador

- Utilizar o equipamento conforme prescrição médica e fisioterápica;
- Manter em bom estado de uso e conservação o equipamento;
- Comunicar a empresa fornecedora se houver problema com o equipamento.
- Informar imediatamente a UBS de referência qualquer provável alteração de endereço e/ou telefone;
- Em caso de óbito ou internação hospitalar, os familiares deverão comunicar o fato à UBS de referência o mais brevemente possível.

e) Responsabilidades da SMS – DAFS/DAGPMI

- Contratar serviço;
- Solicitar equipamentos à empresa/almoxarifado, após contato da UBS.
- Solicitar o cancelamento dos equipamentos à empresa, após contato da Região de Saúde nos casos de alta/exclusão do programa.
- Comunicar ao DAIS e Região de Saúde a instalação e a retirada do equipamento.
- Manter planilha atualizada dos pacientes em uso do equipamento CPAP, conforme informações das Regiões de Saúde.
- Atestar nota fiscal.

Utilização dos Anexos:

Anexo 1 – SOLICITAÇÃO MÉDICA DO EQUIPAMENTO CPAP (inicial)

Este anexo deve ser preenchido pelo prescritor médico. Encaminhar digitalizado para a Região de Saúde.

Anexo 2 - **RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR PARA INCLUSÃO**

Este anexo deve ser preenchido em visita domiciliar. Encaminhar digitalizado para a Região de Saúde.

Anexo 3 - SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Este anexo deve preenchido pela Região de Saúde que encaminhará ao DAFS (SAD) – sadguarulhos@gmail.com.

Anexo 4 - DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO CPAP

Este anexo deverá ser preenchido e arquivado na UBS.

Anexo 5 - SOLICITAÇÃO MÉDICA DO EQUIPAMENTO CPAP (Renovação)

Este anexo deve ser preenchido pelo médico prescritor na renovação a cada 6 meses do equipamento.

Anexo 6 - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL

Este anexo deve ser preenchido mensalmente nas visitas domiciliares

Anexo 7 - TERMO DE DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO CPAP

Este anexo deve ser preenchido na devolução do equipamento

Emails Técnicos das Regiões:

Região 1 - rdccentro@gmail.com

Região 2 - cronicascantareira@gmail.com

Região 3 - dars3.lab.ins@gmail.com

Região 4 - rdc.pimentascumbica@gmail.com

DAFS- Secretaria da Saúde

sadguarulhos@gmail.com

Coordenadores da Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas

rdcguarulhos@gmail.com

ANEXO 1
SOLICITAÇÃO MÉDICA DO EQUIPAMENTO CPAP (inicial)

UBS: _____ Nº do Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: _____
DN: _____/_____/_____ Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F
RG: _____ CPF: _____ CAD Único: _____
CNS: _____ Convênio médico:_____
Raça/cor: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Cel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/CUIDADOR
Nome: _____
RG: _____ CPF: _____ CNS: _____
( ) Parente: _____ ( ) Não parente: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Cel: _____

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
Médico Responsável: _____ Instituição: _____
Comorbidades: _____
_____
Medicações em uso (Nome e dose): _____
_____

CLINICA DE ORIGEM:_____ ( ) Internação ( ) Ambulatório

EQUIPAMENTO: ( ) CPAP

PARA INÍCIO DO PROGRAMA:
Dados da polissonografia: _____Titulação de CPAP: _____cmH_2O
Data da polissonografia: _____
Quantidade de uso - horas/dia: _____ Pressão utilizada: _____ cmH_2O

ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS
( ) Máscara

Médico solicitante: _____ CRM: _____ Data ___/ ___/ ___.

Assinatura e carimbo: _____

ANEXO 2

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR PARA INCLUSÃO

Data: ____/____/_____ UBS: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: _____
Idade:_____ Sexo : ( ) M ( ) F CNS Nº _____ Nº do Prontuário: _____
Possui Convênio Médico: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ CEP: _____ Tel: _____ Cel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR:
Nome_____Data de nascimento: ____/____/_____
CPF: _____RG:_____
CNS: _____ nº de Prontuário: _____
Endereço: _____n°_____complemento_____Bairro:_____
CEP: _____Telefone de contato: _____

EQUIPAMENTO SOLICITADO POR PRESCRIÇÃO MÉDICA
( ) CPAP

DIAGNÓSTICO: _____CID:_____
Médico Responsável: _____ CRM: _____ Instituição: _____
Acompanhamento médico: _____ Última consulta ___/ ___/ ___.

SINAIS VITAIS: PA : ____X____ mmHg. FC : ____bpm. FR : ____ipm. Temperatura:_____ ºC. SpO2: _____%

QUADRO CLINICO:

( ) BEG ( ) REG ( ) MEG ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Corado ( ) Descorado ( ) Cianótico ( ) Acianótico ( ) Eupneico ( ) Dispnéico
( ) Acamado ( ) Movimenta-se com auxílio ( ) Restrito ao lar ( ) Deambula ( ) Deambula com auxílio

Dispositivos: ( ) Cateter nasal ( ) Máscara ( ) Traqueostomia ( ) Sonda enteral ( ) Sonda uretral ( ) Gastrostomia

Edema: ( ) sim ( ) não Local :_____

Já ficou hospitalizado por problemas respiratórios? ( ) Sim ( ) Não
Motivo e data : _____
Recebeu orientação na Alta hospitalar? ( ) sim ( ) não. De quem: _____

Realiza cuidados: ( ) sozinho ( ) com ajuda. De quem: _____

FAZ ALGUM TRATAMENTO

Qual	Onde	Frequência	Meio de transporte

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA COM PNEUMOLOGISTA/OTORRINOLARINGOLOGISTA:___/___/____

CONDIÇÕES DA RESIDÊNCIA DO PACIENTE

Número de moradores: _____ Número de cômodos: _____

Rede de água: ( )Pública ( ) Poço ( ) Outros:_____

Rede de elétrica: ( )Sim ( ) Não, se sim Pública ( ) Vizinho ( ) Outra ( ) _____

Rede de esgoto: : ( )Sim ( ) Não ( ) Outros:_____

Rua: ( ) asfaltada ( ) não asfaltada - Observações: _____

Higiene ambiental:

_____
_____

Renda mensal familiar: _____

Benefícios sociais que recebe:

_____
_____

Compreensão do uso do equipamento fornecido para o paciente ou familiar:

( ) Não consegue acompanhar a explicação ( ) Acompanha a explicação com dificuldade ( ) Acompanha a explicação

Condições de moradia possibilitam a manutenção do equipamento na residência: ( ) sim ( )não

Observações:
_____
_____
_____

Condições de instalação do equipamento:

Quarto ( ) Outros ( ) Onde :_____

MEDICAMENTOS EM USO: _____

_____
_____

OBSERVAÇÃO/QUEIXA: _____

HÁBITOS:

Alimentação: _____

Sono: _____ Repouso: _____

Atividade Sexual: _____ Eliminações: _____

Higiene pessoal:_____ Lazer/Hobby: _____

Exercícios: _____

Tabagismo: _____ Alcoolismo: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

( ) Doença Pulmonar ( ) H.A.S. ( ) Diabetes ( ) Cardiopatias ( ) D.S.T.

Outras:_____

( ) Cirurgias anteriores. Quais: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO:

( ) Ao uso do aparelho ( ) Cuidados com o uso de cateter/máscara ( ) Manuseio dos equipamentos

( ) Mensuração do oxigênio ( ) Uso do Kit de emergência ( ) Alimentação ( ) Atividades físicas

( ) Vestuário ( ) Sexualidade ( ) Relações sociais ( ) Trabalho/escola ( ) Lazer ( ) Posicionamento ( ) Higiene ambiental

CONDUTA: _____

_____

_____
_____

Assinatura/Carimbo do profissional: _____ _____

Assinatura do paciente ou cuidador: _____ RG: _____

Guarulhos, _____/_____/_____.

Anexo 3

SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS

Colocar nome do convênio: **CNS:**	**Solicitação de Serviços**	**Entrada:** **Região de saúde:** **UBS:**

Compra	Retirada	Instalação	Locação	Entrega	Recarga	Outros

Dados Cadastrais do Paciente		
Nome:		
Data de nascimento:	**Idade:**	
RG:	**CPF:**	
Endereço: **Guarulhos/SP**	**n°**	**CEP:**
Telefone:	**Cel:**	**email:**
Local de entrega:		
Ponto de referência		
Em caso de emergência/contato:		
Hipótese Diagnóstica:	**CID:**	
Internado: ( ) sim ( ) não		
Resultado da Polissonografia: _____ **Quantidade de uso – Horas/dia**_____ **Pressão utilizada:** _____**cm H_2O**		
Equipamento: CPAP ( )		
Voltagem do local da instalação: ( ) 110V ( ) 220 V		
Acessórios: ( ) Máscara		
Nome do médico:	**CRM:**	
Data da solicitação:		
Observações:		

ANEXO 4

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO CPAP

Eu, _____, familiar/cuidador de _____ declaro que recebi orientações sobre o funcionamento do equipamento CPAP, conforme segue abaixo:

Equipamentos recebidos: ( ) CPAP - Patrimônio/N° de série: _____

O cuidador/familiar responsável pelo cliente se comprometerá com a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar quanto a:

1- Usar o equipamento adequadamente.

2- A cada 6 meses, entregar para UBS de referência nova Reavaliação Médica (Anexo 5).

4- Entregar para equipe da UBS a Alta Médica assinada pelo médico ou cópia da Declaração/Atestado de Óbito nos casos de Falecimento do paciente, para a retirada do equipamento.

5- O cliente usuário deste programa deverá seguir as orientações de:

- utilizar o aparelho toda noite e sempre que for dormir, até nos cochilos;

- realizar acompanhamento médico regular.

Guarulhos, _____/_____/_____

Assinatura _____

ANEXO 5
SOLICITAÇÃO MÉDICA DO EQUIPAMENTO CPAP (Renovação)

UBS: _____ Nº do Prontuário: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: _____
DN: _____/_____/_____ Idade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F
RG: _____ CPF: _____ CAD Único: _____
CNS: _____ Convênio médico:_____
Raça/cor: ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Cel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/CUIDADOR
Nome: _____
RG: _____ CPF: _____ CNS: _____
( ) Parente: _____ ( ) Não parente: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone: _____ Cel: _____

<u>DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO</u>
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
Médico Responsável: _____ Instituição: _____
Comorbidades: _____
_____
Medicações em uso (Nome e dose): _____
_____

CLINICA DE ORIGEM:_____ ( ) Internação ( ) Ambulatório

EQUIPAMENTO: ( ) CPAP

RESULTADO DA PSG:
Dados da polissonografia: _____ Titulação de CPAP: _____cmH_2O
Data da polissonografia: _____

ACESSÓRIOS NECESSÁRIOS
( ) Máscara

Conclusão: Indicado uso de CPAP ( ) Não indicado uso de CPAP ( )

Justificar:
_____
_____
_____

Médico solicitante: _____ CRM: _____ Data ___/ ___/ ___.

Assinatura e carimbo: _____

ANEXO 6

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL

UBS: _____CNS: _____ Data: _____
Nome: _____ Prontuário: _____

Redigir anotações baseadas nas condições de saúde do paciente, quando da realização da visita domiciliar:
( ) Médico ( ) Enfermeiro e/ou Auxiliar em Saúde ( ) NASF ( ) Fisioterapeuta

Diagnóstico: _____ CID: _____

SINAIS VITAIS: PA : _____ mmHg. FC : ____bpm. FR : ____irpm. Temperatura:_____ ºC. SpO2: _____ %

QUADRO CLINICO:
( ) BEG ( ) REG ( ) MEG ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Corado ( ) Descorado ( ) Cianótico ( ) Acianótico ( ) Eupneico ( ) Dispnéico
( ) Acamado ( ) Movimenta-se com auxílio ( ) Restrito ao lar ( ) Deambula ( ) Deambula com auxílio
Dispositivos: ( ) Cateter nasal ( ) Traqueostomia ( ) Sonda enteral ( ) Sonda uretral ( ) Gastrostomia

EQUIPAMENTO
( ) CPAP

Quantidade de uso - horas/dia: _____ Pressão utilizada: _____cmH2O

Evolução clínica: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura do paciente ou cuidador: _____

Assinatura e carimbo do visitador: _____

ANEXO 7
TERMO DE DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO CPAP

Ao

Serviço de Atenção Domiciliar

Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos

EU, _____ R.G. nº_____, residente a rua _____, nº _____, Bairro: _____ Município: Guarulhos – SP responsabilizo-me pela devolução e entrega do equipamento de CPAP, por motivo de _____, o qual vinha sendo utilizado pelo usuário _____, matriculado na UBS _____.

Equipamento a ser devolvido:

( ) CPAP

Guarulhos, _____, de _____ de _____.

Assinatura: _____

RG: _____ CPF: _____

Fluxo de solicitação do CPAP

Paciente/familiar deve dirigir-se à UBS de referência.

↓

A UBS deve solicitar:
- Cópias do RG, CPF, CNS, comprovante de residência do paciente e cuidador;
- Verificar os CIDs contemplados no Protocolo;
- Resultado de PSG com titulação do CPAP.
- Anexo 1
- Realizar visita domiciliar preenchendo Anexo 2

↓

A UBS deverá encaminhar:
- A UBS deverá encaminhar a Região de Saúde os Anexos 1 e 2

↓

A Região de Saúde deverá:
- Preencher o Anexo 3 e encaminhar ao DAFS (SAD) digitalizado.

↓

O DAFS (SAD)
- o DAFS (SAD) receberá planilha de solicitação de CPAP dos técnicos da RDC (DAIS).
- O SAD liberará para a UBS de referência do paciente o equipamento CPAP.

↓

A UBS
- Para a instalação do CPAP há necessidade da presença do fisioterapeuta da Atenção básica. Caso a unidade não possua, solicitar apoio à Região de Saúde.

↓

A UBS
- Preencher na instalação do equipamento o **Anexo 4**

↓

A UBS
- Orientar o paciente quanto a renovação a cada 6 meses com pneumologista/otorrinolaringologista.

↓

A UBS
- Visitas mensais ao paciente ou vinculação com a UBS para o atendimento de enfermagem ou médico (conforme plano terapêutico). Anexo 6

A UBS
- Na devolução do equipamento preencher Anexo 7.

10 - REFERÊNCIAS

Sullivan CE, Issa FG, Berthon-Jones M, et al. Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. Lancet. 1981;1(8225):862-5.

Telles SCL, Paiva LBN, Arrais T, Marzola IHT, Zerbinatti CS, Ferraz EC, et al. Brazilian consensus on sleep physiotherapy. Sleep Sci.2013;6(4):159-174

Faria AC, Chibante F. Pressão positiva nas vias aéreas (CPAP) no tratamento da apneia obstrutiva do sono. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2016; 15(1):75-81

Hajduk IA, Strollo PJ, Jasani RR, et al. Prevalence and predictors of nocturia in obstructive sleep apnea hypopnea syndrome - a retrospective study. Sleep. 2003;26:61-4.

Simas, J. M. M. et al. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono: uma revisão bibliográfica sobre conceitos, sintomatologia, tratamento e qualidade de vida. 2009.

Tregear S, Reston J, Schoelles K, P et al. Continuous positive airway pressure reduces risk of motor vehicle crash among drivers with obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. Sleep. 2010;33:1373-80.

Kanagala R, Murali NS, Friedman PA, et al. Obstructive sleep apnea and the recurrence of atrial fibrillation. Circulation. 2003;107:2589-94.

Becker HF, Jerrentrup A, Ploch T, et al. Effect of nasal continuous positive airway pressure treatment on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea. Circulation. 2003;107:68-73.

Milleron O, Pillière R, Foucher A, et al. Benefits of obstructive sleep apnoea treatment in coronary artery disease: a long-term follow-up study. Eur Heart J. 2004;25:728-34.

Yokoe T, Minoguchi K, Matsuo H, et al. Elevated levels of C-reactive protein and interleukin-6 in patients with obstructive sleep apnea syndrome are decreased by nasal continuous positive airway pressure. Circulation. 2003;107:1129-1134.

Ryan S, Taylor CT, McNicholas WT. Predictors of elevated nuclear factor-kappaB-dependent genes in obstructive sleep apnea syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2006;174:824-30.

Chin K, Shimizu K, Nakamura T, et al. Changes in intraabdominal visceral fat and serum leptin levels in patients with obstructive sleep apnea syndrome following nasal continuous positive airway pressure therapy. Circulation. 1999;100:706-12.

Mansfield DR, Gollogly NC, Kaye DM, et al. Controlled trial of continuous positive airway pressure in obstructive sleep apnea and heart failure. Am J Respir Crit Care Med. 2004;169:361-6.

Martinez-Garcia MA, Soler-Cataluna JJ, Ejarque-Martinez L, et al. Continuous positive airway pressure treatment reduces mortality in patients with ischemic stroke and obstructive sleep apnea: a five-year follow-up. Am J Respir Crit Care Med. 2008;180:36-41.

Gonçalves MA, Guilleminault C, Ramos E, et al. Erectile dysfunction, obstructive sleep apnea syndrome and nasal CPAP treatment. Sleep Med. 2005;6:333-9.

Harsch IA, Schahin SP, Radespiel-Troger M, et al. Continuous positive airway pressure treatment rapidly improves insulin sensitivity in patients with obstructive sleep apnea syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2004;169:156-62.

Oliver Z, Hoffstein V. Predicting effective continuous positive airway pressure. Chest. 2000;117:1061-1064.