

## **DECRETO Nº 485, DE 25 DE MARÇO DE 2021.**

Estabelece as diretrizes e aprova a terapêutica da oxigenoterapia domiciliar no município de Sorriso – MT, e dá outras providências.

Ari Genézio Lafin, Prefeito Municipal de Sorriso, Estado do Mato Grosso, no uso de suas atribuições legais, e

**CONSIDERANDO** que a saúde é um direito constitucionalmente garantido mediante políticas públicas sociais que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, sendo seu acesso universal e igualitário;

**CONSIDERANDO** que a competência atribuída à autoridade administrativa, diante da necessidade, oportunidade e conveniência ao interesse público, de fazer uso do poder discricionário que lhe é facultado pela lei, adotando medidas necessárias à tutela e preservação dos interesses da coletividade;

**CONSIDERANDO** a necessidade de atendimento especializado para pacientes com doenças do aparelho respiratório, principalmente para aqueles de média e alta complexidade que precisam de tratamento com oxigenoterapia domiciliar;

**CONSIDERANDO** que a oxigenoterapia domiciliar melhora a sobrevivência dos pacientes com insuficiência respiratória crônica e diminui o número de internações hospitalares, a procura de atendimento nos serviços de urgência e emergência, e conseqüentemente reduz o custo econômico para o sistema de saúde. Além de permitir que o paciente permaneça em seu domicílio junto com seus familiares proporcionando uma melhora na sua qualidade de vida;

**CONSIDERANDO** o Decreto Municipal nº 195 de 20 de dezembro de 2019 que aprova a Instrução Normativa SSA nº 001/2019 e dispõe sobre as normas e procedimentos do Departamento de Assistência Farmacêutica;

**CONSIDERANDO** que a oxigenoterapia domiciliar é uma modalidade de custo elevado, sendo necessária a elaboração de diretrizes para atendimento, normatização de condutas médicas e educacionais que permitam a racionalização e o controle rigoroso no âmbito municipal;

### **DECRETA:**

**Art. 1º** Este Decreto disciplina as normas e procedimentos, definindo a organização e distribuição das tarefas, a prescrição, a dispensação de insumos para a oxigenoterapia domiciliar e implanta o protocolo no Município de Sorriso – MT.

## **Capítulo I Da Finalidade**

**Art. 2º** O objetivo deste Decreto é de estabelecer diretrizes e normas administrativas pertinentes a oxigenoterapia domiciliar pela rede municipal de saúde, orientando os profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, padronizando normas e condutas.

## **Capítulo II Dos Conceitos**

**Art. 3º** Para os fins deste Decreto considera-se:

**I - Assistência Farmacêutica:** grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos;

**II - Equipe de Saúde da Família:** formada por multiprofissionais que trabalham em Unidades Básicas de Saúde com objetivo de identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário;

**III - Hipoxemia :** é a redução da concentração de oxigênio no sangue arterial;

**IV - Prescritores:** profissionais de saúde habilitados a prescrever o tratamento;

**V - Oxigenoterapia Domiciliar (OD):** consiste em um tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar respirado, seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia;

**VI - Usuário:** pessoas de qualquer faixa etária em acompanhamento clínico que necessitem de oxigenoterapia domiciliar.

## **Capítulo III Das Atribuições e Responsabilidades**

**Art. 4º** São as seguintes atribuições e responsabilidades:

I - Da Secretaria Municipal de Saúde:

- a) Normatizar as ações do serviço de oxigenoterapia domiciliar com base nas diretrizes aprovadas neste decreto;
- b) Programar os recursos financeiros para aquisição dos serviços de oxigenoterapia domiciliar;
- c) Licitar e contratar empresa prestadora de serviços;
- d) Estabelecer e manter equipe para executar as atividades relacionadas à OD.

#### II - Da Empresa Fornecedora:

- a) Cumprir as prerrogativas firmadas no contrato de prestação de serviço;
- b) Instalar no domicílio do paciente os equipamentos autorizados no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, adotando medidas de segurança pertinentes conforme solicitado;
- c) Dispor de um técnico capacitado para orientar e treinar o paciente, cuidador ou familiar quanto ao funcionamento, cuidados e uso dos equipamentos da OD;
- d) Disponibilizar os equipamentos em perfeito estado de uso;
- e) Realizar manutenção/troca dos equipamentos sempre que necessários;
- f) Atender o chamado para a avaliação do problema no equipamento sempre que necessário.
- g) Emitir nota fiscal de acordo com o estabelecido em contrato;

#### III - Da Assistência Farmacêutica:

- a) Atender os critérios técnicos e administrativos constantes neste decreto;
- b) Coordenar, supervisionar e gerenciar as ações do serviço de OD;
- c) Realizar a abertura de cadastro, solicitando toda a documentação exigida, conforme artigo 7º;
- d) Dispensar os insumos necessários e registrar no sistema informatizado;
- e) Solicitar a empresa fornecedora de oxigênio a entrega dos equipamentos contratados;
- f) Comunicar a Unidade Básica de Saúde para a realização de acompanhamento domiciliar;
- g) Entregar ao usuário e/ou responsável o Termo de Responsabilidade e Compromisso (Anexo I), o Termo de Orientação (Anexo II) e arquivá-los mediante assinatura;
- h) Realizar o treinamento da equipe de saúde quanto ao acompanhamento.

#### IV - Da Equipe da Unidade de Saúde da Atenção Básica:

- a) Prescrever de forma legível de acordo com os critérios clínicos estabelecidos a OD;
- b) Realizar visita domiciliar mensal para aplicação do Checklist e encaminhar via malote ao Departamento de Assistência Farmacêutica para anexar ao cadastro;
- c) Comunicar ao Departamento de Assistência Farmacêutica quaisquer intercorrências com o usuário ou com o uso do equipamento;
- d) Referenciar o usuário com prioridade ao pneumologista para acompanhamento semestral;
- e) Orientar tratamento contra o tabagismo para os pacientes que continuam fumando em uso de OD, através da equipe.

#### V - Do Usuário/Cuidador:

- a) Não fumar;
- b) Utilizar o oxigênio conforme prescrição médica;
- c) Manter o equipamento usado, em bom estado de uso e conservação;
- d) Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na OD;
- e) Consultar regularmente a equipe de saúde para acompanhar o seu tratamento;
- f) Concordar e assinar o Termo de Responsabilidade e Compromisso;
- g) Receber a Equipe de Saúde durante as visitas domiciliares e fornecer as informações referentes ao Checklist;
- h) Não transportar ou retirar da residência o equipamento de oxigênio, em hipótese alguma, ocorrendo riscos de danos e explosão;
- i) Informar ao Departamento de Assistência Farmacêutica qualquer provável alteração de endereço e/ou telefone domiciliar;
- j) No caso de haver mudança de endereço, a fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) somente poderá ser transportada fora do domicílio com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e com acompanhamento da empresa fornecedora de oxigênio;
- k) Os equipamentos usados na OD (cilindros, concentradores, suporte e etc.) são fornecidos para uso do paciente, no entanto, o equipamento pertence à empresa fornecedora do oxigênio. Portanto, não pode ser destruído, emprestado ou vendido a terceiros;
- l) Comunicar a empresa fornecedora do oxigênio se houver problema com equipamento, concentrador, cilindro ou qualquer outro equipamento de oxigênio;
- m) Em caso de óbito ou internação hospitalar os familiares deverão comunicar o fato a Secretaria Municipal de Saúde, em um prazo de até 24 horas;
- n) Solicitar recarga do cilindro ao prestador sempre que necessário.

### **Capítulo IV Da Inclusão**

**Art. 5º** O fornecimento de OD destina-se, exclusivamente, aos usuários residentes no município de Sorriso, portadores de hipoxemia crônica com doença de base clinicamente estável, tais como:

- a) Insuficiência cardíaca grave;
- b) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- c) Asma grave;
- d) Fibrose Pulmonar;
- e) Doenças congênitas que provocam hipoxemia;
- f) Bronquiectasias extensas;
- g) Fibrose cística;
- h) Sequelas de tuberculose;
- i) Doenças da circulação pulmonar;
- j) Doenças neuromusculares;
- k) Deformidades graves da caixa torácica;
- l) Pneumoconioses;

- m) Neoplasias e/ou metástases pulmonares;
- n) Insuficiência respiratória por sequela de SARS por Covid-19.

**Art. 6º** A situação domiciliar deve ser compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção do equipamento.

**Art. 7º** O usuário, e/ou seu representante legal, deverá providenciar os seguintes documentos para efetuar o cadastramento:

- I - Original e cópia do documento de identificação (RG);
- II - Original e cópia do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do usuário e/ou responsável;
- III - Cópia do Cartão do SUS;
- IV - Cópia do Comprovante de residência;
- V - Prescrição médica do SUS que conste o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara;
- VI - Laudo médico comprovando a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, as comorbidades associadas;
- VII - Termo de Responsabilidade e Compromisso do Usuário assinado pelo paciente ou responsável legal.

§ 1º Nos casos de pacientes com idade inferior a 18 (dezoito anos), o seu representante legal também deverá apresentar a original e cópia dos documentos pessoais.

§ 2º As cópias ficarão retidas no Departamento de Assistência Farmacêutica e caberá ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar sua autenticidade de acordo com o documento original.

§ 3º Ficar dispensada a presença dos usuários considerados incapazes, conforme o disposto nos artigos 3º e 4º do Código Civil.

## **Capítulo V Da Exclusão**

**Art. 8º** Serão excluídos da oxigenoterapia:

- I - Alta médica em caso de melhora clínica;
- II - Paciente ou familiar que permaneçam fumando causando situação de risco identificada pela equipe técnica responsável pelo acompanhamento do serviço;
- III - Óbito;
- IV - Cardiopatias sem insuficiência de oxigenoterapia, sem insuficiência respiratória;
- V - Asma brônquica sem insuficiência crônica;
- VI - Neoplasias (que não respondam à oxigenoterapia);
- VII - Embolia pulmonar (que não respondam à oxigenoterapia);
- VIII - Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia;
- IX - Para inaloterapia;

X - Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);

XI - Condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço e/ou com instalação de rede elétrica irregular;

XII - Usuários de outro município, sem residência fixa neste;

XIII - Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;

XIV - Não aderência ao tratamento farmacológico instituído;

XV - Não renovar o processo para fornecimento de OD, conforme orientado neste decreto.

XVI - Quando o paciente permanecer internado por períodos prolongados, 30 (trinta) dias ou mais, esclarecendo sempre aos familiares que o equipamento será recolocado no domicílio no momento da alta hospitalar, caracterizando assim como uma exclusão temporária;

XVIII - Quando não comunicar a equipe de referência a mudança de endereço com antecedência.

**Art. 9º** Não terá direito a oxigenoterapia os usuários que:

I - Que mudarem de município;

II - Que agirem de má fé.

## **Capítulo VI Do Fluxo para Abertura do Cadastro**

**Art. 10.** O usuário e/ou seu representante legal, deverá se dirigir à Unidade Básica de Saúde de sua referência para avaliação médica e prescrição da OD.

**Art. 11.** O usuário será recebido pelo Departamento de Assistência Farmacêutica, responsável pela abertura do Cadastro de Oxigenoterapia Domiciliar (Anexo III).

§ 1º O usuário deverá estar com os documentos exigidos no Art. 7º em mãos.

## **Capítulo VII Da Prescrição da Oxigenoterapia Domiciliar**

**Art. 12.** A prescrição da oxigenoterapia deverá ser feita pelo médico cardiologista e/ou pneumologista da rede pública municipal de saúde e pelo médico clínico geral do Hospital Regional de Sorriso.

§ 1º Para primeira solicitação o médico poderá prescrever o tratamento em receituário simples, com caligrafia legível, devendo conter o nome do usuário, a descrição da patologia, a identificação legível do prescritor com o número de registro do seu respectivo Conselho profissional (carimbo), assinatura e data de emissão.

§ 2º Na prescrição médica deve constar o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara.

§ 3º Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas do SUS (exemplo: provenientes de convênios ou particulares) ou que sejam originadas fora do município de Sorriso-MT. Nesses casos, o paciente deverá ser submetido à nova avaliação médica pela cardiologista e/ou pneumologista da rede pública municipal de saúde.

§ 4º Nos casos em que o médico da Unidade de Saúde solicitar a oxigenoterapia, o paciente deverá ser encaminhado para o especialista reavaliar a necessidade da terapêutica, uma vez que o tratamento será disponibilizado para portadores de hipoxemia crônica com doença de base clinicamente estável, mas debilitado.

**Art. 13.** A prescrição emitida por médico clínico geral será de caráter provisório e terá validade de 30 (trinta) dias de tratamento, já para a prescrição de pneumologista e/ou cardiologista desde que conste o termo USO CONTÍNUO terá validade máxima de 6 (seis) meses de tratamento, respeitando a normativa e a legislação vigente.

## **Capítulo VIII**

### **Da Dispensação da Oxigenoterapia Domiciliar**

**Art. 14.** Atendendo às diretrizes organizativas dos serviços de saúde (regionalização), a dispensação ficará limitada aos usuários residentes no município de Sorriso e que, obrigatoriamente, possuam Cartão do SUS.

**Art. 15.** A dispensação do insumo será realizada em um único atendimento, em sistema informatizado e registrada no cadastro do usuário, sendo obrigatória no ato da entrega a apresentação do cartão do SUS do mesmo.

§ 1º O fornecimento dos insumos se dará mediante assinatura do Termo de Esclarecimento e Compromisso do Usuário.

§ 2º É vedada a dispensação para menores de 18 (dezoito anos).

§ 3º Nos casos de pacientes com idade inferior a 18 (dezoito anos), somente poderá retirar o insumo aquele declarado responsável legal.

**Art. 16.** Serão disponibilizados os seguintes insumos para tratamento da Oxigenoterapia Domiciliar:

- a) Cateter nasal tipo óculos;
- b) Cilindro de oxigênio medicinal de 10 m<sup>3</sup> e 4 m<sup>3</sup>;
- c) Concentrador de oxigênio;
- d) Fluxômetro;
- e) Frasco umidificador;
- f) Máscara de venturi;

- g) Tubo (mangueira) de látex;
- h) Válvula.

§ 1º Será permitido o fornecimento de apenas 1 (um) cilindro ou concentrador de oxigênio por usuário.

§ 2º O cilindro e o concentrador de oxigênio serão fornecidos em regime de comodato. Ao término do tratamento deverá ser devolvido em perfeitas condições de uso para a empresa contratada.

§ 3º Para os usuários que receberem o concentrador de oxigênio como fonte, será permitido disponibilizar um cilindro reserva de 4 m<sup>3</sup> que só poderá ser utilizado quando faltar energia elétrica na residência ou quando o equipamento apresentar problemas.

§ 4º A válvula e o fluxômetro deverão ser devolvidos ao Departamento de Assistência Farmacêutica após a suspensão do tratamento.

**Art. 17.** A integridade dos insumos dispensados é de inteira responsabilidade do usuário/responsável. Não será feita a substituição em caso de quebra ou mau uso.

**Art. 18.** É vetada a dispensação de receituários particulares.

**Art. 19.** Fica vetada a dispensação de oxigenoterapia sem prescrição.

## **Capítulo IX Do Monitoramento**

**Art. 20.** O acompanhamento periódico será realizado através de visitas domiciliares feitas no mínimo uma vez ao mês pela equipe de saúde, com preenchimento do Relatório de Visita Domiciliar - Checklist (Anexo IV).

§ 1º O paciente e/ou familiar deverá receber a equipe de saúde e fornecer todas as informações pertinentes.

**Art. 21.** O paciente deverá passar por avaliação com o médico pneumologista da rede pública municipal a cada 6 (seis) meses para dar continuidade ou não ao tratamento.

## **Capítulo X Dos Cuidados com a Oxigenoterapia domiciliar**

**Art. 22.** O concentrador e cilindro de oxigênio requerem cuidados básicos para evitar acidentes, como:

I - A fonte de oxigênio pode sofrer combustão quando próximo ao fogo, evitar colocar o concentrador/cilindro próximo de qualquer fonte de calor (fogão, churrasqueira, lareira);

II - Não fumar e não utilizar o cilindro/concentrador próximo de fumantes, manter as mãos sempre limpas, sem cremes, graxas, óleos ou outras substâncias de qualquer espécie que possam sofrer combustão;

III - Não utilizar óleos, gorduras ou qualquer substância para lubrificar as válvulas e os reguladores;

IV - Utilizar o cilindro e o concentrador em local ventilado;

V - Manter a distância de aparelhos elétricos que possam emitir faíscas;

VI - Transportar o cilindro no ambiente domiciliar com cuidado para evitar queda e risco de explosão;

VII - Não deitar o concentrador/cilindro;

VIII - O cilindro deve estar no mínimo a 5 (cinco) metros de distância da fonte;

IX - Não levar cilindros para igrejas, parques, restaurantes ou qualquer outro local fora do domicílio.

**Art. 23.** Cuidados específicos com o concentrador de oxigênio:

I - O concentrador de oxigênio é um aparelho elétrico que permite reter o nitrogênio e outros gases contidos no ar ambiente, proporcionando ao paciente oxigênio suplementar com uma concentração na faixa de 90% a 95%, conforme o fluxo prescrito;

II - Ligar o concentrador em uma tomada exclusiva para este aparelho sem o uso de benjamim ou extensão e lembrar-se de verificar voltagem antes do uso;

III - Posicione o concentrador em local onde haja boa circulação de ar, afastado de paredes, cortinas, etc;

IV - O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água destilada ou filtrada ou fervida ou água mineral entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;

V - O umidificador deverá ser lavado diariamente;

VI - A água deve ser trocada todos os dias;

VII - O filtro deve estar bem seco para retornar para o concentrador, o mesmo deverá ser limpo com o auxílio de uma escova no mínimo duas vezes por semana.

**Art. 24.** Cuidados com o cilindro de oxigênio:

I - O cilindro deverá ser mantido em suporte adequado que garanta a segurança do dispositivo e do usuário e terceiros, para evitar acidentes;

II - Mantê-lo em lugar bem ventilado;

III - Certifique-se de que o cilindro esteja distante pelo menos 5 (cinco) metros de qualquer fonte de calor.

**Art. 25.** Higienização do umidificador, máscara, cânula nasal e extensão da cânula:

I - O umidificador deverá ser lavado diariamente em água corrente e sabão neutro e colocado para secar sobre pano limpo;

II - A água a ser utilizada deverá ser fervida ou filtrada e estar em temperatura ambiente, diariamente;

III - A troca do umidificador deverá ser realizada no mínimo a cada 6 meses pela empresa vencedora da licitação;

IV - O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;

V - Quando o nível de água do umidificador estiver baixo, desprezar a água restante e colocar nova água para evitar que se torne meio de cultura;

VI - Para limpeza da máscara, cânula nasal e da extensão da cânula, deixe-os de molho em uma bacia com água e sabão neutro durante meia hora e depois lave em água corrente. Deixe secar pendurando-o de forma que toda umidade escorra para fora da cânula;

VII - A troca da cânula nasal deverá ser realizada no mínimo a cada seis meses ou quando necessário pela empresa vencedora da licitação.

## **Capítulo XI**

### **Das Disposições finais**

**Art. 26.** Os insumos fornecidos são para uso em domicílio do usuário, não devendo ser fornecidos nos períodos de internamentos hospitalares.

**Art. 27.** Não é permitido sob hipótese alguma comercializar ou doar os insumos recebidos da Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de incorrer nas penalidades legais cabíveis, uma vez que os insumos dispensados são de uso exclusivo do paciente cadastrado.

**Art. 28.** As disposições contidas neste Decreto poderão ser atualizadas sempre que fatores organizacionais, legais ou técnicos assim o exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos das normativas dos entes federativos pertinentes a essa questão e para proporcionar melhorias no processo de serviço prestado.

**Art. 29.** O protocolo do Anexo 5 pode ser alterado pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde conforme o surgimento de novas evidências científicas .

**Art. 30.** A utilização do concentrador de oxigênio aumenta consideravelmente o consumo de energia elétrica, ficando a cargo do usuário a despesa gerada.

**Paragrafo único.** Caso a condição econômica do usuário/familiar se enquadre na lei federal de isenção tarifária de energia (renda familiar menor que três salários mínimos), a família deverá se inscrever no CadÚnico (com auxílio da assistente social), antes do concentrador ser prescrito.

**Art. 31.** Em casos excepcionais no qual o paciente não tiver documentos que comprovem residência fixa no município, será solicitado o parecer social da Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde para comprovação.

**Art. 32.** Constitui parte integrante deste presente decreto:

I - Anexo I - Termo de Esclarecimento e Compromisso do Usuário;

II - Anexo II - Termo de Orientação;

III - Anexo III - Cadastro de Oxigenoterapia Domiciliar;

IV - Anexo IV - Relatório de Visita Domiciliar – Checklist;

V - Anexo V - Protocolo Municipal da Oxigenoterapia domiciliar.

**Art. 33.** Este Decreto em vigor na data da sua publicação.

Sorriso, Estado de Mato Grosso, em 25 de março de 2021.

*Assinado Digitalmente*  
**ESTEVAM HUNGARO CALVO FILHO**  
Secretário de Administração

*Assinado Digitalmente*  
**ARI GENÉZIO LAFIN**  
Prefeito Municipal

## **ANEXO I**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT  
**Termo de Esclarecimento e Compromisso do  
Usuário**



### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS:

### 2. DEVERES DO USUÁRIO/CUIDADOR

- Não fumar;
- Utilizar o oxigênio conforme prescrição médica;
- Manter o equipamento usado, em bom estado de uso e conservação;
- Manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
- Apresentar relatório médico atualizado contendo revisão da prescrição da Oxigenoterapia a cada 6 (seis) meses, para a continuidade do tratamento;
- Informar ao Departamento de Assistência Farmacêutica qualquer provável alteração de endereço e/ou telefone domiciliar. No caso de haver mudança de endereço, a fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) somente poderá ser transportada fora do domicílio com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e com acompanhamento da empresa fornecedora de oxigênio;
- Os equipamentos utilizados na Oxigenoterapia (cilindros, concentradores, insumos e etc.) são fornecidos para uso do paciente, no entanto, o equipamento pertence à empresa fornecedora de oxigênio; portanto não pode ser destruído, emprestado ou vendido a terceiros;
- Comunicar a empresa fornecedora de oxigênio se houver problema com equipamento, concentrador, cilindro ou qualquer outro equipamento de oxigênio;
- Em caso de óbito ou internação hospitalar, os familiares deverão comunicar o fato ao Departamento de Assistência Farmacêutica;
- Solicitar recarga do cilindro ao prestador sempre que necessário;
- Manter acompanhamento com o médico prescritor do oxigênio;
- Não esquecer que o regular acompanhamento médico, será imprescindível para a manutenção do fornecimento de oxigênio;
- Apresentar relatório de renovação do fornecimento de oxigênio pelo médico prescritor a cada 6 (seis) meses ao Departamento de Assistência Farmacêutica;
- Em eventual deslocamento do paciente, por qualquer motivo, seja ele médico, profissional, ou mesmo para passeio, o usuário ou familiar deverá adquirir um cilindro de oxigênio por conta própria;
- Receber a equipe técnica da Unidade Básica de Saúde e responder todos os questionamentos;
- Apresentar à equipe técnica, os recibos de recarga de oxigênio do mês vigente;
- Manter esquema anual de vacina contra a gripe e contra pneumonia;
- Devolver os insumos (válvula e fluxômetro) fornecidos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica, após a suspensão do tratamento;
- Em caso de perda ou roubo dos equipamentos deverá apresentar um Boletim de Ocorrência Policial, referente ao fato, ao Departamento de Assistência Farmacêutica em até 72 horas.

### 3. COMPROMISSO DO USUÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, comprometo-me a usar a Oxigenoterapia conforme prescrição médica indicada, além de renovar os exames na data recomendada e cumprir todas as orientações acima.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

**ANEXO II**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT  
**Termo de Orientação**



**CUIDADOS COM A OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR**

- 1. O concentrador e cilindro de oxigênio requerem cuidados básicos para evitar acidentes, como:**
  - I. A fonte de oxigênio pode sofrer combustão quando próximo ao fogo, evitar colocar o concentrador/cilindro próximo de qualquer fonte de calor (fogão, churrasqueira, lareira);
  - II. Não fumar e não utilizar o cilindro/concentrador próximo de fumantes, manter as mãos sempre limpas, sem cremes, graxas, óleos ou outras substâncias de qualquer espécie que possam sofrer combustão;
  - III. Não utilizar óleos, gorduras ou qualquer substância para lubrificar as válvulas e os reguladores;
  - IV. Utilizar o cilindro e o concentrador em local ventilado;
  - V. Manter a distância de aparelhos elétricos que possam emitir faíscas;
  - VI. Transportar o cilindro no ambiente domiciliar com cuidado para evitar queda e risco de explosão;
  - VII. Não deitar o concentrador/ cilindro;
  - VIII. O cilindro deve estar no mínimo a 5 (cinco) metros de distância da fonte;
  - IX. Não levar cilindros para igrejas, parques, restaurantes ou qualquer outro local fora do domicílio.
  
- 2. Cuidados específicos com o concentrador de oxigênio:**
  - I. O concentrador de oxigênio é um aparelho elétrico que permite reter o nitrogênio e outros gases contidos no ar ambiente, proporcionando ao paciente oxigênio suplementar com uma concentração na faixa de 90% a 95%, conforme o fluxo prescrito;
  - II. Ligar o concentrador em uma tomada exclusiva para este aparelho sem o uso de benjamim ou extensão, lembrar de verificar voltagem antes do uso;
  - III. Posicione o concentrador em local onde haja boa circulação de ar, afastado de paredes, cortinas, etc;
  - IV. O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água destilada ou filtrada ou fervida ou água mineral entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;
  - V. O umidificador deverá ser lavado diariamente;
  - VI. A água deve ser trocada todos os dias;
  - VII. O filtro deve estar bem seco para retornar para o concentrador, o mesmo deverá ser limpo com o auxílio de uma escova no mínimo duas vezes por semana.
  
- 3. Cuidados com o cilindro de oxigênio:**
  - I. O cilindro deverá ser mantido em suporte adequado que garanta a segurança do dispositivo e do usuário e terceiros, para evitar acidentes;
  - II. Mantê-lo em lugar bem ventilado;
  - III. Certifique-se de que o cilindro esteja distante pelo menos 5 (cinco) metros de qualquer fonte de calor.
  
- 4. Higienização do umidificador, máscara, cânula nasal e extensão da cânula:**
  - I. O umidificador deverá ser lavado diariamente em água corrente e sabão neutro e colocado para secar sobre pano limpo;
  - II. A água a ser utilizada deverá ser fervida ou filtrada e estar em temperatura ambiente, diariamente;
  - III. A troca do umidificador deverá ser realizada no mínimo a cada 6 meses pela empresa vencedora da licitação;
  - IV. O frasco do umidificador deverá ser preenchido com água entre o nível mínimo e o nível máximo indicado no frasco;
  - V. Quando o nível de água do umidificador estiver baixo, desprezar a água restante e colocar nova água para evitar que se torne meio de cultura;
  - VI. Para limpeza da máscara, cânula nasal e da extensão da cânula, deixe-os de molho em uma bacia com água e sabão neutro durante meia hora e depois lave em água corrente. Deixe secar pendurando-o de forma que toda umidade escorra para fora da cânula;
  - VII. A troca da cânula nasal deverá ser realizada no mínimo a cada seis meses ou quando necessário pela empresa vencedora da licitação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO – MT  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E  
SANEAMENTO



**CADASTRO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILAR**

**1. DADOS CADASTRAIS DO USUÁRIO**

NOME COMPLETO:		DATA DE NASC.:
RG:	CPF:	CNS:
ENDEREÇO:		Nº
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
TELEFONE(S):		

**2. DADOS CADASTRAIS DO RESPONSÁVEL**

NOME DO(A) RESPONSÁVEL:	DATA DE NASC.:
GRAU DE PARENTESCO:	CNS:
TELEFONE(S):	

**3. DADOS CLÍNICOS DO USUÁRIO**

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO:	CID-10:
DOENÇAS ASSOCIADAS:	CID-10:
MEDICAÇÕES EM USO:	
TABAGISMO ATUAL: ( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca fumou	

**4. PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA**

VIA DE ADMINISTRAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Cateter nasal tipo óculos	FLUXO DE O <sub>2</sub> :	<input type="checkbox"/> 1l/min	TEMPO DE USO: h/dia
	<input type="checkbox"/> Máscara facial simples		<input type="checkbox"/> 2l/min	
	<input type="checkbox"/> Máscara com reservatório		<input type="checkbox"/> 3l/min	
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> ___ l/min	

**5. CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO\***

ILUMINAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Relógio Próprio	ÁGUA:	<input type="checkbox"/> Encanada	SANEAMENTO:	<input type="checkbox"/> Rede
	<input type="checkbox"/> Lampião		<input type="checkbox"/> Poço		<input type="checkbox"/> Fossa Rudimentar
	<input type="checkbox"/> Vela		<input type="checkbox"/> Nascente		<input type="checkbox"/> Fossa Séptica
	<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Outra:		<input type="checkbox"/> Outro:

\*Informações repassadas pelo usuário ou responsável

**6. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE**

NOME:	CRM:
ESPECIALIDADE: ( ) Pneumologista ( ) Cardiologista ( ) Outra:	DATA DE SOLICITAÇÃO:

**7. USO DAF**

ARQUIVADO POR MOTIVO DE: ( ) Melhora clínica ( ) Mudança de cidade ( ) Óbito  
DATA DE ARQUIVO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

OBS.:



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT  
**Relatório de Visita Domiciliar**  
**Checklist**



### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

### 2. CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

1. Qual a doença de base do paciente?	CID: _____
2. Há quanto tempo tem a doença?	
3. Quais as condições de saúde do paciente?	( ) Crítico ( ) Estável ( ) Melhora
4. O paciente faz uso de medicações para doença pulmonar ou cardíaca?	( ) SIM ( ) NÃO
5. O paciente apresentou alguma piora do quadro respiratório necessitando de atendimento médico?	( ) SIM ( ) NÃO
6. Aumentou o consumo de oxigênio?	( ) SIM ( ) NÃO
6.1 Se sim, quanto? _____	
7. O paciente apresenta algum sintoma clínico ou queixas?	( ) SIM ( ) NÃO
( ) Tosse ( ) Dispnéia ( ) Cianose ( ) Alteração do sono	
7.1 Se sim, qual (is)?	( ) Outros: _____
( ) Chiado no peito ( ) Dor torácica	
8. O paciente é tabagista?	( ) SIM ( ) NÃO
9. Alguém que reside na mesma casa é fumante?	( ) SIM ( ) NÃO
10. Possui data para a próxima consulta com o pneumologista ou outro especialista?	( ) SIM ( ) NÃO

### 3. USO DO EQUIPAMENTO

1. O paciente usa regularmente oxigênio?	( ) SIM ( ) NÃO
1.1 Se sim, quantas horas por dia?	_____ horas/dia
2. Faz uso de quantos litros por minuto?	_____ L/min
3. A família apresenta alguma dificuldade no manuseio do equipamento?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Possui oxímetro?	( ) SIM ( ) NÃO
5. Aumentou o consumo de oxigênio?	( ) SIM ( ) NÃO
5.1 Se sim, quanto?	_____ horas/dia _____ L/min
6. O paciente solicitou o serviço de recarga de oxigênio e higienização no referido mês?	( ) SIM ( ) NÃO
6.1 Se sim, quanto? _____	
7. O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente?	( ) SIM ( ) NÃO

### 4. DIFICULDADES RELATADAS PELO PACIENTE/FAMILIAR

Relato da Equipe de Saúde:

\_\_\_\_\_

### 5. REGISTRO DE VISITA

Data da Visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone da Equipe de Saúde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou cuidador

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da Equipe de Saúde  
que realizou a visita