



# *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 /

**“REGULAMENTA A LEI Nº 8.567, DE 15 DE AGOSTO DE 2009, QUE ‘AUTORIZA O MUNICÍPIO A CONCEDER AJUDA DE CUSTO A PACIENTES EM USO DE OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR’.”**

CONSIDERANDO que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, nos termos do art. 196 da Constituição da República;

CONSIDERANDO que a oxigenoterapia domiciliar é serviço de saúde imprescindível para o suporte da vida e garantia de bem-estar dos pacientes para os quais é prescrito, devendo ser prestado pelo município, nos termos da Lei nº 9.748/09;

CONSIDERANDO que a utilização de aparelho concentrador de oxigênio implica a elevação do consumo de energia elétrica da residência onde se encontra o usuário e inviabiliza o pagamento do consumo;

CONSIDERANDO que a cessão do aparelho concentrador de oxigênio é política pública definida discricionariamente pela gestão municipal do SUS e que o consumo de energia elétrica é imprescindível para a utilização do equipamento, devendo, pois, ter seu custo subsidiado pelo Município;

CONSIDERANDO que o equipamento concentrador de oxigênio é utilizado para viabilizar tratamento de saúde, mediante devida prescrição médica, não devendo ser a terapêutica interrompida, do que depende o contínuo fornecimento de energia elétrica;

## DECRETA :

Art. 1º. Serão beneficiados, conforme disposto na Lei nº 8.567/09, os portadores de enfermidades respiratórias que residem em Poços de Caldas, e que, mediante avaliação médica, estão indicados para o tratamento de oxigenoterapia no domicílio.



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 - fl. 2 /

Art. 2º. Esse tratamento é voltado aos portadores de diversas enfermidades respiratórias, tais como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC: enfisema pulmonar – bronquite crônica), fibrose pulmonar, doenças congênitas que provocam hipoxemia, deformidades torácicas graves, bronquiectasias, fibrose cística, seqüelas de tuberculose e doenças de circulação pulmonar.

Art. 3º. A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos, a medida da SaO<sub>2</sub> por oxímetro de pulso é orientadora da hipoxemia, porém não é válida quando isolada para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada, sendo necessária a gasometria arterial para documentação precisa do grau de hipoxemia a ser realizada enquanto a doença está estável, sem o uso de oxigênio e com o paciente em repouso.

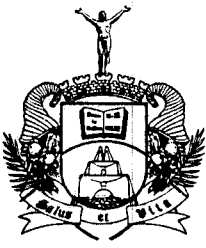
Art. 4º. Os critérios para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada são os seguintes:

- I. ser portador de doença pulmonar e dependente de oxigênio;
- II. documentação da necessidade de oxigênio (verificação de hipoxemia contínua);
- III. prescrição médica que inclua:
  - a) diagnóstico e o Código Internacional de Doenças (CID 10);
  - b) resultados da gasometria arterial ou outro exame específico;
  - c) fluxo de oxigênio e número de horas por dia a ser usado.

Parágrafo único. Nos pacientes que preenchem os requisitos necessários para oxigenoterapia contínua, após uma internação por exacerbação, uma nova avaliação da indicação deverá ser realizada após 60 (sessenta) a 90 (noventa) dias, visto que podem apresentar hipoxemia significativa prolongada, mas transitória.

Art. 5º. Deverão ser considerados os seguintes critérios e procedimentos administrativos para solicitação da oxigenoterapia domiciliar prolongada:

- I. visita domiciliar para verificação *in loco* se a moradia é compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção das fontes de oxigênio;



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 - fl. 3 /

- II. ficha de solicitação do médico e de avaliação clínica, contendo identificação do paciente, especificação do diagnóstico e o Código Internacional de Doenças (CID 10), quantidade a ser utilizada diariamente ("x" litros/minuto e "x" horas/dia), data e identificação do médico/especialista (carimbo legível com nome, especialidade, CRM e assinatura), conforme modelos constantes dos Anexos I e III deste decreto;
- III. exame de gasometria arterial original, legível, contendo identificação do paciente, data, identificação e assinatura do responsável pela realização do exame;
- IV. ficha de cadastro do paciente preenchida e assinada pelo técnico responsável e assinada pelo paciente ou responsável, conforme modelo constante do Anexo II deste decreto;
- V. documento de identidade e CPF (cópias legíveis e sem rasuras - frente e verso);
- VI. cópia do comprovante de residência e de renda.

Art. 6º. Os critérios para exclusão do usuário do serviço de oxigenoterapia domiciliar prolongada são os seguintes:

- I. condições de moradia e outros indicadores socioeconômicos e culturais incompatíveis com as necessidades mínimas do serviço, tais como impossibilidade de manter uma fonte de oxigênio na habitação ou falta de condições mínimas para os cuidados na manutenção do equipamento disponibilizado;
- II. manutenção do hábito tabágico;
- III. não-uso ou o uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio;
- IV. impossibilidade, por qualquer motivo, de aderir ao tratamento de acordo com a prescrição médica.

Parágrafo único. Os critérios de exclusão são independentes entre si, portanto, a presença de qualquer um deles gera motivo para excluir o paciente do serviço.

Art. 7º. São atribuições da Secretaria Municipal de Saúde com relação ao tratamento da oxigenoterapia domiciliar:



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

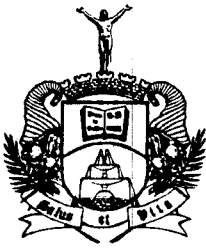
SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 - fl. 4 /

- I. normatizar as ações do Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar com base nas diretrizes gerais do SUS vigente;
- II. programar os recursos financeiros para os serviços de oxigenoterapia domiciliar;
- III. estabelecer e manter equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar administrativo) para execução das atividades administrativas e técnicas, quando necessário;
- IV. monitorar o tratamento do usuário, inclusive o tratamento antibagismo, através de visita domiciliar mensal, da qual será emitido relatório conforme modelo constante do Anexo IV deste decreto;
- V. avaliar as renovações do processo do usuário para a manutenção do serviço;
- VI. suspender o atendimento quando não forem respeitados os critérios clínicos e administrativos pelo usuário;
- VII. aprimorar sistematicamente as condutas desse serviço, tanto clinicamente quanto administrativamente, visando adequar recursos disponíveis e qualidade/eficácia no tratamento;
- VIII. encaminhar ao DME-PC cópia do processo para avaliação dos valores com a utilização do equipamento com base na prescrição médica;
- IX. efetuar o pagamento da ajuda de custo mensal apurada ao respectivo paciente, através de reembolso, mediante apresentação da fatura de energia elétrica quitada.

Art. 8º. São obrigações do paciente que venha a se utilizar da oxigenoterapia domiciliar:

- I. não fumar;
- II. manter a higiene da casa e dos equipamentos usados na oxigenoterapia;
- III. usar a quantidade de oxigênio conforme prescrição médica;
- IV. comunicar à Secretaria Municipal de Saúde qualquer intercorrência como alta, mudança de endereço, óbito etc.;
- V. comunicar a mudança de endereço com antecedência à Secretaria Municipal de Saúde, pois a fonte de oxigênio (concentrador ou cilindro) somente poderá ser transportada fora do domicílio com sua autorização;



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 - fl. 5 /

- VI. solicitar o abastecimento do cilindro de reserva (back-up) sempre que necessário;
- VII. consultar o médico periodicamente para acompanhar o tratamento;
- VIII. manter esquema anual de vacina contra gripe e contra pneumonia;
- IX. renovar o processo de oxigenoterapia conforme data constante no guia.

Art. 9º. A Secretaria Municipal de Saúde deverá encaminhar ao Departamento Municipal de Eletricidade de Poços de Caldas – DME-PC cópia do processo de cada paciente, devidamente cadastrado e autorizado ao tratamento de oxigenoterapia domiciliar, para avaliação da energia elétrica a ser consumida mensalmente pelo paciente.

§ 1º. Caso o paciente não seja o titular da conta de energia elétrica, deverá o mesmo apresentar declaração do titular confirmando a residência do paciente no local.

§ 2º. Em caso de troca do modelo de equipamento, a Secretaria Municipal de Saúde informará ao DME-PC a mudança, bem como as especificações do novo aparelho para novo cálculo do consumo.

§ 3º. Em caso de mudança de endereço de usuário do programa de oxigenoterapia domiciliar, a Secretaria Municipal de Saúde comunicará, por ofício, ao DME-PC, assim que receber a informação.

Art. 10. A ajuda de custo mensal a pacientes em uso de Oxigenioterapia Domiciliar corresponderá ao valor do consumo de energia elétrica relativo ao uso do respectivo aparelho terapêutico.

Art. 11. O benefício de que trata esta lei será restrito aos pacientes de baixa renda cadastrados junto à Secretaria Municipal de Saúde, restringindo-se, exclusivamente, ao dispêndio decorrente da utilização de aparelhos respiratórios.

Parágrafo único. Para os fins deste decreto, considera-se paciente de baixa renda aquele com renda familiar de até 3 (três) salários mínimos.

Art. 12. Os casos omissos deverão ser solucionados pela Secretaria Municipal de Saúde.



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746 - fl. 6 /

Art. 13. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 28 DE DEZEMBRO DE 2009.

  
PAULO CESAR SILVA  
Prefeito Municipal

  
JOSÉ JULIO BALDUCCI  
Secretário Municipal de Saúde



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746

## ANEXO I

### Ficha de Solicitação do Médico

#### Dados do Paciente:

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

Município (SC): \_\_\_\_\_

Patologia pulmonar: \_\_\_\_\_ CID10: \_\_\_\_\_

Patologias associadas: \_\_\_\_\_ CID10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CID10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CID10: \_\_\_\_\_

Paciente hospitalizado:  Não  Sim. Hospital: \_\_\_\_\_

#### Avaliação do Perfil de Oxigenação do Paciente:

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

Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

pH = \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ Sat.O<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ % BIC = \_\_\_\_\_ BE = \_\_\_\_\_

2 - Outro (necessita avaliação por especialista ou exame específico)

#### Dados da Solicitação:

• Fluxo de O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ l/min (≥ 3 litros por minuto necessita de titulação com gasometria arterial)

• Tempo de uso diário:  \_\_\_\_\_ h/dia (18 - 24 horas/dia)

noturno (necessita de comprovação específica)

durante exercício (necessita de comprovação específica)

#### Dados do Médico Solicitante:

Nome: \_\_\_\_\_ CRM/SC: \_\_\_\_\_

Endereço p/ correspondência: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Fones: \_\_\_\_\_

Especialidade:  pneumologia

outra. Qual? \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data Carimbo assinatura do médico



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746

## ANEXO II

### Ficha de Cadastro do Paciente

#### 1. Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Doc. Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Endereço (Rua, Nº Bairro, Complementos): \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_  
Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ - Município: \_\_\_\_\_

#### 2 - Identificação do Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Doc. Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

#### 3 - Composição Familiar (paciente e os que residem com ele)

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco : \_\_\_\_\_  
Alfabetizado ( s/n) Fumante ( s/n)

#### RENDA PER CAPITA:

#### 4 - Situação de Saúde do Paciente

Paciente hospitalizado: ( ) Não ( ) Sim. Hospital: \_\_\_\_\_  
Nº do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde (PACS/PSF) - Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Nome do técnico responsável: \_\_\_\_\_  
Consulta por: Convênio ( ) Particular ( ) SUS ( )  
Fumante ( ) Quanto tempo: \_\_\_\_\_  
Não-fumante ( ) - Nunca fumou ( )  
- Fumou por quanto tempo: \_\_\_\_\_  
- Parou há quanto tempo: \_\_\_\_\_  
Média de cigarros por dia: \_\_\_\_\_  
Atividades profissionais exercidas (especificar): \_\_\_\_\_

Nome do médico que acompanha o tratamento: \_\_\_\_\_  
Nº CRM: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ - e-mail: \_\_\_\_\_

#### 5 - Condições da Residência do Paciente

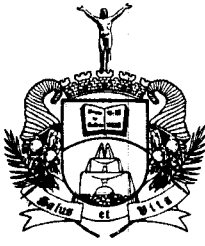
Rede de água: Pública ( ) Poço ( ) Outra ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
Rede elétrica: Sim ( ) Não ( )  
Pública ( ) Cooperativa ( ) Vizinho ( ) Outra ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

#### 6 - Parecer da Situação

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações nesta ficha descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.  
Local, data, fone, assinatura e carimbo do técnico responsável:

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746

## ANEXO III

### Ficha de Avaliação Clínica do Paciente

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

Resposta:

Deferido \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_ h/dia

Deferido em caráter provisório por \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_ h/dia

Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indeferido

Motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações:

1) Patologias: \_\_\_\_\_

2) gasometria art.: pH = \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ pO<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_  
BIC = \_\_\_\_\_ BE = \_\_\_\_\_ SatO<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_

3) Solicitado: \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_ h/dia = \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Avaliador



# Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

DECRETO Nº 9.746

## ANEXO IV

### Relatório de Visita Domiciliar Mensal (PSF)

NOME(S) DO(S) TÉCNICO(S) QUE REALIZOU(ARAM) A VISITA: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DA VISITA: \_\_\_\_\_

#### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

#### 2 - UTILIZAÇÃO DO OXIGÊNIO (litros por minuto e horas por dia)

Quantidade prescrita pelo médico do SOD (Guia de Autorização de Serviço – GAS):

\_\_\_\_\_ l/min e \_\_\_\_\_ h/dia

Quantidade utilizada pelo paciente: \_\_\_\_\_ l/min e \_\_\_\_\_ h/dia

#### 3 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES (período, motivo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE (evolução do tratamento)

Obs.: Verificar a condição da pele, principalmente atrás das orelhas, onde há contato com o cateter.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5 - MEDICAÇÃO USADA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 6 - CONDIÇÕES DA RESIDÊNCIA (higiene)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 7 - CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO (higiene, cuidados de uso)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 8 - FREQUÊNCIA DA VISITA DO TÉCNICO DA EMPRESA FORNECEDORA DE OXIGÊNIO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 9 - CRÍTICAS E SUGESTÕES DO PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 10 - ORIENTAÇÕES DADAS AO PACIENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*

SECRETARIA MUNICIPAL DO GOVERNO

## 11 - OBSERVAÇÕES GERAIS

---

---

**ASSINATURA DO PACIENTE OU CUIDADOR**

**Local:**

**Data:**

**Assinatura e carimbo do(s) técnico(s) que realizou(aram) a visita:**