



Imprensa Oficial

Eletrônica da Estância de Atibaia - IOE

Quinta-feira, 24 de julho de 2025 - n.º 2838 - Ano XXIX - Edição Extraordinária

Lei Complementar n.º 760, de 29 de setembro de 2017 | www.atibaia.sp.gov.br

esta edição tem 30 páginas

Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

PORTARIA N.º 03/2025
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social
de 21 de Julho de 2025

O ORDENADOR DA DESPESA DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pelo Decreto n.º 8.116 de 12 de janeiro de 2017, **REALIZA** a adequação orçamentária, nos termos do que dispõe o parágrafo 3º do artigo 10º da Lei 4.988 de 16 de julho de 2024, como segue:

DE:
76 - 12.201.08.244.0021.2.036.339030.01.5000000.....R\$ 10.000,00

PARA:
896 - 12.101.08.244.0021.2036.3390333.01.5000000....R\$ 10.000,00

Justificativa: O remanejamento de dotação orçamentária se faz necessário para atender despesas com passagens e locomoção de servidores a outros municípios, em virtude da participação em capacitações, eventos de premiação e demais atividades institucionais que demandem deslocamento.

Esta Portaria entra em vigor na data de sua Publicação.

Atibaia, 21 de Julho de 2025.

—Patricia de Oliveira Ianda—
SECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Conselho Municipal de Assistência Social
Lei Municipal n.º 4495 de 24/04/2017, publicada em 26/04/2017

RESOLUÇÃO CMAS N.º 16/2025

Dispõe sobre deliberação da emenda parlamentar para rede socioassistencial da Assistência Social do município, destinada à Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Vila São Vicente de Paulo

O Conselho Municipal de Assistência Social de Atibaia – CMAS, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Federal n.º 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS), a Resolução CNAS n.º 33/2012, e a legislação municipal vigente;

CONSIDERANDO a reunião extraordinária realizada no dia 30 de junho de 2025, às 14h, com a presença dos conselheiros e conselheiras com direito a voto;

CONSIDERANDO a deliberação favorável à aprovação da emenda parlamentar destinada à rede socioassistencial privada do município;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a emenda parlamentar destinada à Política Municipal de Assistência Social que segue:

I – Emenda parlamentar no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), de autoria do Deputado Federal Saulo Pedrosa, destinada à Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) São Vicente de Paulo, para custeio das ações socioassistenciais prestadas pela entidade no município;

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica registrada a apresentação na ATA N.º 05/2025 da Reunião Extraordinária do CMAS.

Publique-se.

Atibaia, 03 de julho de 2025

Caio Augusto Campos de Sousa
PRESIDENTE

Conselho Municipal de Assistência Social
Lei Municipal n.º 4495 de 24/04/2017, publicada em 26/04/2017

RESOLUÇÃO CMAS N.º 17/2025

Dispõe sobre deliberação da emenda parlamentar para rede socioassistencial da Assistência Social do município, destinada à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, para a estruturação da Rede de Serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

O Conselho Municipal de Assistência Social de Atibaia – CMAS, no uso das atribuições que lhe confere a Lei Federal n.º 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS), a Resolução CNAS n.º 33/2012, e a legislação municipal vigente;

CONSIDERANDO a reunião extraordinária realizada no dia 30 de junho de 2025, às 14:30h, com a presença dos conselheiros e conselheiras com direito a voto;

CONSIDERANDO a deliberação favorável à aprovação da emenda parlamentar destinada à rede socioassistencial pública e privada do município;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a emenda parlamentar destinada à Política Municipal de Assistência Social que segue:

I – Emenda parlamentar no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), de autoria do Deputado Federal Paulo Alexandre Barbosa, destinada à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, para a estruturação da Rede de Serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com foco na ampliação e descentralização do Núcleo de Inclusão Produtiva nos bairros.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica registrada a apresentação na ATA N.º 06/2025 da Reunião Extraordinária do CMAS.

Publique-se.

Atibaia, 03 de julho de 2025

Caio Augusto Campos de Sousa
PRESIDENTE

Atos do Poder Executivo

Secretaria de Saúde

	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

1. INTRODUÇÃO

1.1. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é utilizada como terapêutica que promove a qualidade e prolonga a expectativa de vida de pessoas portadoras de enfermidades respiratórias e/ou pulmonares, portadores de doenças neurológicas, degenerativas ou em cuidados paliativo. Adultos e crianças podem se beneficiar desta terapia..

Destina-se a pacientes que podem ter baixos níveis de oxigênio em seu corpo e, às vezes, precisam usar oxigênio extra (suplementar) para trazer seus níveis de oxigênio a um patamar mínimo aceitável.. O oxigênio suplementar protege o corpo dos efeitos nocivos de baixos níveis de oxigênio. A oxigenoterapia está indicada se houver hipoxemia crônica, hipopneia ou apneia.

1.2. Formas de oxigenoterapia fornecidos pelo município.

- **Concentradores de oxigênio:** São máquinas que separam o oxigênio do nitrogênio, presentes no ar ambiente, concentrando-o e fornecendo fluxos de O₂ de 1 a 5 L/min. São leves e possuem rodas nas bases, mas precisam ser conectados à energia elétrica. Apesar do gasto extra com energia, ainda assim os concentradores são muito mais baratos que os cilindros de oxigênio. Para o consumidor individual, o custo mensal do concentrador equivale a 25% do custo do cilindro, considerando-se um uso contínuo com fluxo equivalente nos dois sistemas por 24 h/dia.
- **Cilindros de backup:** O oxigênio é comprimido dentro de um cilindro de metal sob alta pressão, armazenado em diferentes tamanhos de cilindros. Os cilindros que armazenam o oxigênio sob alta pressão são providos de válvulas reguladoras de pressão e fluxômetros que têm a função de ajustar a pressão e o fluxo de oxigênio fornecido. Seu armazenamento pode ser feito por longos períodos, sem perdas. Os cilindros não devem sofrer quedas, havendo perigo de explosões. Será autorizada uma recarga por mês.
- **Cilindros de transporte:** O oxigênio é comprimido dentro de um cilindro de metal sob alta pressão, podendo ser armazenado em pequenos cilindros. Os cilindros que armazenam o oxigênio sob alta pressão são providos de válvulas reguladoras de pressão e fluxômetros que têm a função de ajustar a pressão e o fluxo de oxigênio fornecido. Seu armazenamento pode ser feito por longos períodos, sem perdas. Os cilindros não devem sofrer quedas, havendo perigo de explosões. Será autorizada uma recarga por mês.
- **CPAP:** É um aparelho compressor que emite ar sob pressão positiva contínua nas vias aéreas, utilizado no tratamento para a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono.
- **BIPAP:** É um tipo de ventilação não invasiva que fornece dois níveis de pressão de ar para auxiliar na respiração do paciente.

1.3. Riscos e toxicidade referentes ao uso da oxigenoterapia.

- **Riscos físicos:** traumas ocasionados pelo cateter ou máscara ou ressecamento de secreções, devido à umidificação inadequada;
- **Riscos de incêndios e explosões:** são ocasionados pelo hábito de fumar durante o uso do oxigênio, por

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

golpes ou quedas dos cilindros e/ou por manipulação inadequada dos redutores de pressão e ainda mediante a exposição a quaisquer materiais de natureza orgânica, ou substâncias inflamáveis, como óleos, graxas, querosene, tecidos, madeira, tintas, alcatrão, pó de carvão, ou sujeiras que possam conter alguns desses componentes.

- **Riscos referentes à instalação elétrica inadequada:** necessita-se que seja realizado um trabalho intersetorial visando garantir a segurança do usuário, comunidade e equipamento.
- **Toxicidade:** A retenção de gás carbônico - CO₂, pode ser observada, em alguns pacientes, durante a administração de O₂. Nestes casos, é comum encontrar alterações da quantidade de oxigênio prescrito, onde cuidadores ou os próprios pacientes elevam o fluxo em determinados momentos de fadiga ou descompensação respiratória. A toxicidade pulmonar por CO₂ pode ocorrer quando forem utilizadas frações inspiradas superiores a 50% (cinquenta por cento) por longos períodos (fenômeno da carbonarose). De qualquer maneira, o bom senso recomenda que seja utilizado o menor fluxo O₂ necessário para manter a saturação adequada.

2. JUSTIFICATIVA

A oxigenoterapia é tida como medida terapêutica há mais de 70 anos, promovendo qualidade de vida e aumento da expectativa de vida das pessoas com insuficiência respiratória crônica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia mantém o serviço de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), que promove o atendimento mediante contratação de empresa terceirizada para fornecimento do serviço domiciliar, ao paciente que necessita de oxigenoterapia domiciliar prolongado, e atenda aos critérios de inclusão.

Dentre os benefícios demonstrados pela oxigenoterapia podemos salientar:

- Melhora na qualidade de vida;
- Aumento na sobrevida;
- Aumento da tolerância ao exercício;
- Diminui necessidade de internações hospitalares;
- Melhora da função cognitiva;
- Melhora do convívio familiar e social;
- Melhora da saúde mental.

A liberação de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), pela Secretaria de Saúde de Atibaia, é definida através de dados laboratoriais, clínicos, por exames de apoio diagnóstico e socioeconômicos.

Neste contexto, faz-se necessário a adoção do Protocolo de Oxigenoterapia para definir os fluxos e atribuições, a fim de garantir acesso ao paciente.

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

3. OBJETIVOS

Os objetivos para se estabelecer diretrizes sobre a ODP no município são:

- Estabelecer os critérios laboratoriais clínicos, exames de apoio diagnóstico e socioeconômicos para a indicação;
- Padronizar o fluxo para solicitação de ODP no município de Atibaia;
- Racionalizar os processos administrativos aumentando a eficiência do sistema e ampliando a população beneficiada;
- Permitir o acesso à ODP aos pacientes que necessitam e encontram-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente, reduzir as internações hospitalares e contribuir para a atenção integral ao cuidado em saúde, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.
- Definir as atribuições e competências dos serviços envolvidos.

4. PROTOCOLO PARA A PRESCRIÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP)

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2022), as indicações clássicas da oxigenoterapia domiciliar prolongada para adultos, são:

CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO**Indicações**

Pressão parcial de O₂ (PaO₂) ≤ 55 mmHg (7,3 kPa) ou

SpO₂ ≤ 88% PaO₂ 56-59 mmHg (7,4-8,0 kPa) ou

SpO₂ ≤ 89% associada a Hipertensão Pulmonar, Edema devido Insuficiência Cardíaca ou

Hematócrito >ou igual a 55%

*** A gasometria arterial deve ser realizada em ar ambiente e em repouso, durante doença ESTÁVEL**

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

CPAP

Polissonografia diagnóstica noturna de noite inteira, contendo no laudo:

Índice da apneia-hipopneia (IAH) > 30 eventos / horas;

Dados da hipoxemia: valores e tempo com dessaturação ≤ 88%;

Polissonografia de titulação, contendo no laudo:

Índice da apneia-hipopneia (IAH) > 30 eventos / horas;

Dados da hipoxemia: valores e tempo com dessaturação ≤ 88%;

Pressão sugerida do CPAP para correção dos eventos;

Caso a polissonografia completa não esteja disponível, pode-se inferir a pressão ótima através de uma fórmula, como a de Oliver

$$\text{CPAP previsto} = (0,16 \times \text{IMC}) + (0,13 \times \text{CC}) + (0,04 \times \text{IAH}) - 5,12$$

Em que CC representa o valor circunferência cervical (cm), IAH representa o índice de apneia hipopneia (eventos/hora) e IMC representa o índice de massa corporal ($\text{kg}/(\text{m}^2)$)

- Polissonografia deve ser laudada/ assinada por médico com certificado de medicina do sono.

5. REQUERIMENTO PARA A OXIGENOTERAPIA PROLONGADA**5.1. Documentos necessários**

Para ingresso do usuário ou renovação do cadastro de acesso à ODP, é necessária a apresentação dos seguintes documentos pelos pacientes e/ou responsáveis:

1. COMPROVANTE DO CADASTRO ÚNICO - COM RENDA FAMILIAR ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS; que deverá ser solicitado por agendamento NO SETOR DO CADASTRO ÚNICO, localizada no endereço Rua José Bonifácio, Nº 661, Centro, para o primeiro cadastro;
2. SE O PACIENTE NÃO TIVER CADASTRO ÚNICO, INFORMAR O GESTOR DO CONTRATO ATRAVÉS DO MEMORANDO NO PROTOCOLO DIGITAL MUNICIPAL PARA SOLICITAÇÃO DE

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

AVALIAÇÃO SOCIAL;

3. Documentos de solicitação da ODP (ANEXOS), conforme o equipamento requerido, que comprove a necessidade, discriminando a doença de base, devidamente preenchidos, com o nome do usuário, a descrição da patologia, seu respectivo CID, identificação do CRM, data da solicitação;
4. Cópia do RG e CPF do paciente ou Certidão de Nascimento; Cópia do CNS - Cartão Nacional de Saúde do paciente (cartão do SUS);
5. Cópia do RG e CPF do representante legal, o qual assumirá a co-responsabilidade no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
6. Comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone fixo) atualizado do paciente - do mês corrente ou do anterior ao início do processo de Oxigenoterapia Domiciliar - ou de seu representante legal, em caso de criança, adolescente ou idoso curatelado;
7. Para solicitação de Concentrador: resultado da gasometria arterial recente em ar ambiente e em repouso (1 mês); hemograma completo; se necessário, exame radiológico de tórax atualizado; eletrocardiograma ou ecocardiograma atualizados que constatem (ou não) sinais de cor pulmonar crônica. Caso o paciente não tenha gasometria arterial recente, a UBS deverá agendar imediatamente, com priorização do caso;
8. Para solicitação de CPAP o exame de polissonografia será obrigatório, devendo ser repetido e atualizado (polissonografia de titulação), a cada 24 meses.
9. Documento de solicitação da ODP ANEXO CORRESPONDENTES AO EQUIPAMENTO, preenchido completamente pelo profissional de saúde, da APS de referência do paciente.

Obs: Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas pelo SUS (exemplo: provenientes da rede de saúde suplementar ou atendimentos particulares) ou que sejam originadas fora do município de Atibaia.

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

5.2. Critérios de inclusão na ODP

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

- Residir no município de Atibaia;
- Cumprir as exigências documentais
- Possuir CAD ÚNICO - Terão direito os inscritos no Cadastro Único com renda familiar de até 03 (três) salários mínimos.
- Possuir documentação de acesso à ODP e reavaliação, fornecida em sua totalidade, pela Rede do SUS

Obs.: Na ocorrência de casos atípicos, será solicitado avaliação social do Assistente Social vinculado à SMS.

5.2.1. Casos de Exceção**5.2.1.1 Concentradores**

A gasometria arterial não será obrigatória nas seguintes situações para:

- **Crianças** - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP;
- **Adolescentes < 16 anos** - Nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 92\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.
- **Casos de exceção ou de pacientes sem pneumopatia, mas com indicação de usar oxigênio ou para tratamento paliativo (exs: síndrome da apneia do sono, doenças neuromusculares, fase terminal de doenças cardiovasculares, neoplásicas, da síndrome de imunodeficiência adquirida e outras)** - nestes casos a oximetria de pulso em ar ambiente evidenciando $SpO_2 \leq 90\%$ já é suficiente para indicação e manutenção de ODP.

5.2.1.2 CPAP, Concentradores e BIPAP

Casos avaliados como deferidos pelo Assistente Social, mesmo sem cumprimento dos critérios socioeconômicos solicitados;

Solicitações providas de hospitais do Sistema Único de Saúde, para munícipes internados, sem cumprimento dos critérios socioeconômicos solicitados;

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

5.3. Critérios para manutenção do fornecimento de ODP

A monitorização do paciente em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada será realizada da seguinte forma:

- O pedido de renovação junto ao Programa de ODP deve ser feito a cada 12 meses, seguindo o Protocolo de ODP completo
- Acompanhamento mensal, a partir de visitas domiciliares, por equipe de saúde da UBS de referência
- Avaliação médica, na Rede do SUS, de 6 em 6 meses.

5.4. Critérios de não inclusão e/ou exclusão na ODP

- Quebra dos critérios estabelecidos em termo de compromisso;
- Melhora ou desaparecimento do processo patológico, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta);
- Mudança de local de residência, para fora do município de Atibaia;
- Não atendimento aos critérios constantes no Protocolo Municipal
- Pacientes que não residam em Atibaia;
- Ausência de renovação documental completa, **após doze meses de atendimento**;
- Uso indevido do equipamento e acessórios
- Comercialização de qualquer item constituinte do equipamento/acessórios fornecidos.
- Não atender aos critérios socioeconômicos (exceto os constantes no item 5.2.1.2)
- Não autorizar visita domiciliar de acompanhamento ou fiscalização;
- Paciente ausente de seu domicílio, por duas visitas de acompanhamento ou fiscalização consecutivas, ou três ausências anuais, sem devida justificativa.
- Mobilização do equipamento por conta própria, sem a presença de técnico da empresa contratada, dentro do município, ou para outro município
- Não abandonar o tabagismo..

6. RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS**6.1. Paciente ou responsável:**

- a) Apresentar a documentação solicitada para autorização e manutenção da ODP;
- b) Estar presente na residência no momento da instalação;
- c) Concordar e assinar o Termo de Responsabilidade para a ODP;

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

- d) Não fumar (abandono ao tabagismo);
- e) Manter o equipamento em bom estado de uso e conservação;
- f) Realizar o acompanhamento **de 6 em 6 meses**, com o médico da APS de referência;
- g) Realizar os exames necessários de 6 em 6 meses;
- h) Renovar processo de adesão ao Protocolo ODP anualmente
- i) Comunicar a Unidade de Saúde de Referência, se houver problema com o concentrador, cilindro de O2, BIPAP, CPAP ou qualquer outro componente do arsenal terapêutico
- j) Solicitar recarga de cilindro, à Unidade de Saúde de Referência, sempre que necessário, sendo o máximo 1 vez ao mês;
- k) Informar imediatamente a Unidade de Saúde de referência qualquer alteração de endereço e/ou telefone;
- l) Em caso de óbito ou internação hospitalar, os familiares deverão comunicar o fato à UBS de referência o mais brevemente possível;
- m) O responsável responderá, legal e solidariamente ao paciente, sobre qualquer dano proposital aos equipamentos, bem como, ao desaparecimento ou deslocamento do mesmo;
- n) Atender quaisquer outras informações necessárias ao protocolo.

6.2. Unidade de Saúde de Referência e Serviço de Atendimento Domiciliar: Responsáveis pela atenção em saúde

- a) Acolher, cadastrar e orientar o paciente/familiar quanto aos requerimentos para o recebimento da ODP.
- b) Avaliar os documentos apresentados. Se divergente do protocolo, orientar o paciente a realizar as adequações necessárias;
- c) Escanear os documentos apresentados pelo paciente, conforme item 5.1 e protocolar via plataforma 1 doc, para documentação;
- d) Solicitar o equipamento à empresa contratada.
- e) Orientar o paciente quanto a data prevista para instalação do equipamento;
- f) Realizar visita domiciliar em até 10 dias após o recebimento do equipamento, solicitar o preenchimento do termo de compromisso (Anexo III) pelo paciente, preencher relatório de visita (Anexo IV), e inserir esses documentos na plataforma 1doc, no mesmo memorando já aberto, no item C deste.
- g) Informar o paciente que em caso de manutenção do aparelho e qualquer necessidade referente ao equipamento, o pedido deverá ser feito na APS de referência
- h) Realizar as avaliações mensalmente, intercalando visitas de médicos e enfermeiros, com o preenchimento do Anexo V pelo enfermeiro e VI pelo médico e inserir esses documentos na plataforma 1doc, no mesmo memorando já aberto, no item C deste.;
- i) Para os profissionais médicos, solicitar na primeira visita ao paciente gasometria arterial em ar ambiente, para definição de continuidade de tratamento, sendo realizada após 90 dias do início de tratamento. **Obs: Esse item não se enquadra nos critérios de exceção, e não se aplica a CPAP e BIPAP**
- j) Manter atualizada acompanhamento e monitoramento dos pacientes do território, atendidos pelo ODP;
- k) Solicitar e monitorar a recarga de cilindro junto à empresa contratada
- l) Monitorar a solicitação de exames para o acompanhamento semestral com o médico;
- m) Monitorar o acompanhamento semestral com o médico responsável pelo território.

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

- n) Atualizar qualquer alteração de endereço e/ou telefone do paciente;
- o) Em caso de óbito a Unidade de Saúde deverá comunicar imediatamente a empresa contratada e solicitar retirada do equipamento e acessórios
- p) Encaminhar os casos para Serviço de Atendimento Domiciliar, caso na visita domiciliar o Enfermeiro(a)/ Médico (a) constate que o paciente atende aos critérios para Serviço de Atendimento Domiciliar;
- q) Inserir no Programa de Controle ao Tabaco, quando necessário;
- r) Expedir mensalmente, até o 25º dia do mês o termo de aceite do serviço (A Contento), conforme ANEXO VIII, de todos os pacientes em uso de equipamentos de Oxigenoterapia (Concentrador, CPAP, BIPAP) acompanhados pelo território, e encaminhar ao Departamento de Atenção Especializada - setor SAU OXI;
- s) Deverá acompanhar, planejar e agendar mensalmente, os pacientes que precisarão de avaliação dentro do mês , informando junto ao termo de Aceite a relação de pacientes reavaliados
- t) Alimentar e manter planilha compartilhada de pacientes atendidos, atualizada.
- u) Caso o profissional da UBS verifique a necessidade de alteração de parâmetros e não se sinta seguro em realizar, deverá providenciar atendimento médico para reavaliação.
- v) Realizar gestão do cuidado;
- w) Participar do treinamento das equipes.

6.3. Departamento de Atenção Especializada - Responsável pelo contrato

- a) Planejar, coordenar e supervisionar as ações realizadas na Unidade de Saúde de Referência;
- b) Realizar treinamento das equipes;
- c) Controlar, prover e manter gestão de contrato
- d) Consolidar as planilhas encaminhadas pelas Unidades, a fim de gerenciar os recursos financeiros
- e) Monitorar planilha atualizada dos pacientes em uso de ODP, conforme informações das Unidades de Saúde de Referência;
- f) Supervisionar se as Unidades de Saúde de Referência estão inserindo os dados em planilhas compartilhadas;
- g) Solicitar ao setor responsável a realização de processo licitatório anualmente, participando de todas as etapas do processo;
- h) Atestar nota fiscal;
- i) Acompanhar a gestão do cuidado das Unidades de Saúde de referência

6.4. Empresa Contratada

Vide contrato.

6.5. Secretaria Municipal de Saúde

- a) Definir diretrizes para a ODP;
- b) Licitar e contratar empresa prestadora de serviço;
- c) Planejar e coordenar juntamente com o Departamento de Atenção Especializada as ações a serem realizadas;

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

 Prefeitura da Estância de Atibaia Secretaria de Saúde	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

d) Promover treinamento das equipes.

7. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO MÉDICO DA APS AO PACIENTE EM OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR

1. O médico generalista/clínico geral/médico da família deve acompanhar o paciente em ODP alternando a avaliação médica com a avaliação da enfermagem, contudo, pode-se fazer necessário reavaliar o paciente com maior frequência do que o proposto, cabendo ao médico decidir o cuidado individual.
2. O médico generalista/clínico geral /médico da família deve solicitar a cada 6 meses a GASOMETRIA ARTERIAL em ar ambiente e HEMOGRAMA a todos os pacientes adultos em uso de Concentrador,, que não se enquadrarem nas exceções descritas neste protocolo (Item 5.2.1. Casos de Exceção). Aos pacientes com sinais clínicos de cor pulmonale solicitar ECG e/ou ECOCARDIOGRAMA.

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Home Oxygen Therapy for Adults with Chronic Lung Disease, 2020. Disponível em: <<https://www.atsjournals.org/doi/pdfplus/10.1164/rccm.202009-3608ST>>.

BRITISH THORACIC SOCIETY. BTS guidelines for home oxygen in children, 2009. Disponível em: <<https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library>>.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. Diretrizes para oxigenoterapia e Ventilação Domiciliar. Florianópolis, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-das-deliberacoes-2019/16324-anexo-deliberacao-251-2019/file>>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Manual_DiretrizesODP-SMS-SP2010.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada em crianças e adolescentes, 2013 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/kb6DT4MS4B8Rz9dqvTRL9Bs/?format=pdf&lang=pt>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, 2022. Disponível em: <bjp.org.br/details/3750/en-US/2022-brazilian-thoracic-association-recommendations-for-long-term-home-oxygen-therap>.

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo

	PROTOCOLO	Elaborado em: 22/09/2021
		Revisado em: 22/05/2024
	PROTOCOLO DE OXIGENOTERAPIA Concentrador de Oxigênio, BIPAP e CPAP	Fase: 02
		Versão: 04
		Código: 10.24.200.PROT.1.2

9. ANEXOS

[ANEXO I. SOLICITAÇÃO DE CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO](#)[ANEXO II. FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA CONCENTRADOR](#)[ANEXO III. AVALIAÇÃO SOCIAL](#)[ANEXO IV. TERMO DE COMPROMISSO](#)[ANEXO V. RELATÓRIO DE VISITA INICIAL](#)[ANEXO VI. RELATÓRIO DE VISITA DE ACOMPANHAMENTO- ENFERMEIRO](#)[ANEXO VII. RELATÓRIO DE VISITA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO](#)[ANEXO VIII. TERMO DE DEVOLUÇÃO DE EQUIPAMENTO](#)[ANEXO IX. TERMO DE ACEITE \(À Contento\)](#)[ANEXO X. ORIENTAÇÕES SOBRE O OXIGÊNIO DOMICILIAR](#)[ANEXO XI. FLUXOGRAMA](#)

ELABORADOR POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
Nome: Lucimara Regina Moraes Lima Cargo ou formação: Assistente Social Nome: Priscila Lima de Oliveira Moreira Cargo ou formação: Médica Nome: Sheile Mirian Bastos Junqueira Cargo ou formação: Farmacêutica Nome: Taynara Jocasta Jesus de P. Cunha Cargo ou formação: Enfermeira	Nome: Mariangela B. A. Aisaka Cargo ou formação: Enfermeira Nome: Eva Talita Candido Cargo ou formação: Diretora da Atenção Especializada	Nome: Grazielle Bertolini Cargo ou formação: Secretária Municipal de Saúde

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (Deverá ser preenchido pelo Médico Solicitante)		
Identificação do paciente:		
Nome completo:	CNS:	
Data de nascimento:	Idade: _____ anos	Sexo: () F () M
Nome da mãe:		
Endereço:	Nº	
Bairro	Complemento:	
Telefones:	Unidade de Saúde Atendimento:	
Tipo de solicitação:		
Doença Pulmonar:	CID 10:	
Doença(s) Associada (s):	CID 10:	
Equipamento: () Concentrador () CPAP () BIPAP _____		
Internação: () Sim () Não.	Se sim qual hospital:	
Avaliação da oxigenação		
Gasometria Arterial - Doença: () estável () exacerbada		
Data da coleta: ____/____/____		
Parâmetros: pH: ____ paCO ₂ ____ paO ₂ ____ SaO ₂ ____ % HCO ₃ ____ BE ____		
Anexar resultados.		
Dados da solicitação:		
Tempo de uso diário: ____ /dia (mínimo 08 h/dia)		
Fluxo de oxigênio recomendados:		
1 - durante o dia (em repouso) ____ L/min		
2 - ao dormir ____ L/min		
3 - aos esforços ____ L/min		
4 - Umidificação ____		
5 -Rampa ____ cm		
6 - EPAP ____		
7 - IPAP ____		
8- FR ____		
9 - Ti: ____		
Fonte de O ₂ utilizada para titulação: _____		
Traqueostomia: () Sim () Não		
Acessórios Necessários:		
Máscara: () Neonatal () Infantil () Adulto / Cateter: () Neonatal () Infantil () Adulto		
Identificação do Profissional que efetuou a Prescrição:		
Nome: _____ CRM: _____		
Telefone para contato: _____		
Serviço SUS: _____		
Serviço Privado: _____		
Data: ____/____/____		
Assinatura: _____ Carimbo: _____		

*Esta autorização de dispensação tem validade de 12 (doze) meses. No sexto mês, a necessidade do uso de oxigênio deverá ser novamente comprovada junto à Unidade de Saúde.

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO II

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS (Deverá ser preenchido pela Enfermeiro (a) da Unidade de Saúde de Referência)		
Identificação do paciente:		
Nome completo:	CNS:	
Data de nascimento:	Idade: _____ anos	Sexo: () F () M
Nome da mãe:		
Endereço:		Nº
Bairro	Complemento:	
Ponto de Referência:		
Telefones:	Unidade de Saúde Atendimento:	
Voltagem da residência: () 110V () 220V		
Equipamento: () Concentrador () CPAP () BIPAP _____		
Documentos apresentados:		
☐ RG ☐ CPF ☐ CNS ☐ Comprovante de residência atualizado – mês atual ou anterior ☐ Formulário devidamente preenchido pelo médico ☐ CAD UNICO ☐ Exames _____ Traqueostomia: ☐ Sim ☐ Não		
Acessórios Necessários:		
Máscara: ☐ Neonatal ☐ Infantil ☐ Adulto		
Cateter: ☐ Neonatal ☐ Infantil ☐ Adulto		
Fluxo de Avaliação dos Resultados dos Exames para Concentradores		
Responsável pela avaliação		
Nome:	COREN:	
Atibaia, ____/____/____	Assinatura e Carimbo	

ANEXO III

[illegible]

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Deverá ser preenchido pelo usuário ou seu Responsável)

Declaração do Usuário

Eu, _____ CPF _____
_____, telefone(s): _____, residente à
Rua _____, Bairro _____, Atibaia/SP,
responsável por _____, grau de parentesco _____,
informo que recebi os equipamentos abaixo listados:

- () concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar
() Cilindro de backup (para uso em caso de falta de energia elétrica). Recebido e instalado em: ____/____/____.
() Cilindro de transporte
() BIPAP _____
() CPAP _____

1. Declaro estar ciente da responsabilidade na guarda, conservação e manutenção dos equipamentos fornecidos, no compromisso assumido de apresentar documentos, exames e relatórios médicos nos prazos estabelecidos;
2. Fornecer informações sobre internação do paciente, ou sempre que necessário à Unidade de Saúde de Referência;
3. Autorizar visitas de acompanhamento ou fiscalizatórias, por equipe de saúde, sem prévio agendamento;
4. Estou ciente que em caso de duas visitas consecutivas ou três visitas anuais, sem a presença do paciente justificável, o fornecimento será imediatamente suspenso;
5. Estou ciente de que o conjunto de cilindro de Backup deverá ser usado somente na falta de energia elétrica ou defeito do equipamento;
6. No caso de mudança de endereço, avisar a Unidade de Saúde de Referência previamente para que o equipamento seja removido e instalado no novo local pelo Técnico da empresa contratada;
7. Estou ciente que em caso de não cumprimento do Item 6 deste Termo, o Programa de ODp será suspenso;
8. Estou ciente da impossibilidade de locomoção do equipamento para fora do limite municipal, sendo que o descumprimento causará suspensão do programa;
9. Estou ciente que fui orientado pela Unidade de Saúde e da empresa responsável pelo fornecimento do equipamento e me comprometo a atender o solicitado;
10. Usar o equipamento adequadamente (mau uso implicará em ressarcimento à Empresa).
11. A cada 12 meses, entregar para Unidade de Saúde de Referência os documentos necessários para renovação;
12. Comunicar à Unidade de Saúde de Referência para que o fornecimento seja cancelado imediatamente, nos casos de alta médica ou óbito, mediante apresentação de documento comprobatório;
13. Em caso de perda ou roubo de parte ou totalidade do equipamento, deverei elaborar e apresentar o Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato à Unidade de Saúde de Referência imediatamente.

Atibaia, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 1/3

ANEXO V

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR INICIAL	
(Deverá ser preenchido pelo Enfermeiro da Unidade de Saúde em até 10 dias após início da oxigenoterapia domiciliar prolongada)	
Identificação do paciente:	
Nome completo:	CNS:
Endereço:	Nº
Bairro	Complemento:
Telefones:	Unidade de Saúde Atendimento:
Identificação do cuidador:	
Nome completo:	CNS:
Endereço:	Nº
Bairro	Telefones:
Equipamento em uso: _____	
Quantidade Prescrita pelo médico	
Tempo de uso diário: _____/dia (mínimo 08 h/dia)	
Fluxo de oxigênio recomendados:	
1 - durante o dia (em repouso) _____ L/min	
2 - ao dormir _____ L/min	
3 - aos esforços _____ L/min	
4 - Umidificação _____	
5 -Rampa _____ cm	
6 - EPAP _____	
7 - IPAP _____	
8- FR _____	
9 - Ti: _____	
Quantidade utilizada pelo paciente:	
Tempo de uso diário: _____/dia (mínimo 08 h/dia)	
Fluxo de oxigênio recomendados:	
1 - durante o dia (em repouso) _____ L/min	
2 - ao dormir _____ L/min	
3 - aos esforços _____ L/min	
4 - Umidificação _____	
5 -Rampa _____ cm	
6 - EPAP _____	
7 - IPAP _____	
8- FR _____	
9 - Ti: _____	
Sinais vitais	
PA : _____ mmHg. FC : _____ bpm. FR : _____ irpm. T: _____ °C. SpO2: _____ %	

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 2/3

Antecedentes pessoais	
() Doença Pulmonar () H.A.S. () Diabetes () Cardiopatias () Apneia do Sono. Outras: _____	
Cirurgias anteriores. Quais:	
Hábitos	
Alimentação:	
Sono:	Repouso:
Eliminações:	Higiene pessoal:
Atividade Física/Lazer/Hobby:	
Hábitos/Vícios:	
Observações:	

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 3/3

Quadro clínico			
Diagnóstico médico:			CID:
Médico responsável:			CRM:
Instituição:		Data da última consulta:	
Condições do paciente no momento da visita:	☐ BEG ☐ REG ☐ MEG ☐ Hidratado ☐ Desidratado	☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Corado ☐ Descorado ☐ Cianótico ☐ Acianótico	☐ Acamado ☐ Movimenta-se com auxílio ☐ Restrito ao lar ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio
Vacinação em dia? ☐ Sim ☐ Não			
Realiza cuidados: ☐ sozinho ☐ com ajuda. De quem:			
Edema: ☐ Sim ☐ Não. Local:			
Dispositivos em uso:	☐ Cateter nasal ☐ Traqueostomia	☐ Sonda enteral ☐ Sonda uretral	☐ Gastrostomia ☐ Outros:
Faz algum tratamento?			
Tratamento	Local	Frequência	Meio de transporte
Medicamentos em uso:			
Data da última consulta com pneumologista:			
Condições de residência do paciente			
Número de moradores:		Número de cômodos:	
Rede de água: ☐ Pública ☐ Poço ☐ Outros:			
Rede elétrica: ☐ Sim ☐ Não Se sim: ☐ Pública ☐ Vizinho ☐ Outra:			
Condições de acesso residencial: ☐ É permitida a entrada de veículo próximo à residência ☐ Não é permitida a entrada de veículo próximo à residência			
Renda mensal familiar:			
Benefícios que recebem:			

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 4/3

Condições do equipamento

Local que o equipamento está instalado:

Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? () Sim () Não

O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? () Sim () Não

Se não, informar o problema detectado:

Diagnóstico de Enfermagem:**Prescrição de Enfermagem:****Registro da visita**

Data da visita: ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional que realizou a visita:

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Esse é um roteiro com informações relevantes na avaliação do paciente em oxigenoterapia domiciliar e não substitui o registro no PEC/Prontuário, bem como demais avaliações que o profissional julgar

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 1/2

ANEXO VI

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR MENSAL PELO ENFERMEIRO

Esse é um roteiro com informações relevantes na avaliação do paciente em oxigenoterapia domiciliar e não substitui o registro no PEC/Prontuário, bem como demais avaliações que o profissional julgar necessárias.

Identificação do paciente:

Nome completo:		CNS:
Endereço:		Nº
Bairro	Complemento:	
Telefones:	Unidade de Saúde Atendimento:	

Equipamento em uso: _____

Quantidade Prescrita pelo médico

Tempo de uso diário: _____/dia (mínimo 08 h/dia)

Fluxo de oxigênio recomendados:

1 - durante o dia (em repouso) _____ L/min

2 - ao dormir _____ L/min

3 - aos esforços _____ L/min

4 - Umidificação _____

5 -Rampa _____ cm

6 - EPAP _____

7 - IPAP _____

8- FR _____

9 - Ti: _____

Quantidade utilizada pelo paciente

Tempo de uso diário: _____/dia (mínimo 08 h/dia)

Fluxo de oxigênio recomendados:

1 - durante o dia (em repouso) _____ L/min

2 - ao dormir _____ L/min

3 - aos esforços _____ L/min

4 - Umidificação _____

5 -Rampa _____ cm

6 - EPAP _____

7 - IPAP _____

8- FR _____

9 - Ti: _____

Sinais vitais

PA : _____ mmHg. FC : _____ bpm. FR : _____ irpm. T: _____ °C. SpO2: _____ %

Quadro clínico

Doença de base do paciente:

Foi internado nos últimos 30 dias? () Sim () Não. Se sim, quantos dias? _____

Motivo:

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 2/2

Quais as condições de saúde do paciente? (Está estável? Apresentou melhora do cansaço? Está adaptado ao equipamento?)

Medicações em uso?

O paciente utiliza corretamente as medicações? () Sim () Não

Possui data para a próxima consulta médica? () Sim () Não. Se sim, quando? ____/____/____

O paciente usa regularmente o equipamento? () Sim () Não

Quantas vezes por semana realiza outras atividades fora do domicílio? _____

Quais atividades o paciente consegue realizar sem o uso de equipamento/oxigênio?

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

Página 3/2

Condições do equipamento

Mantém condições mínimas de higiene no local de instalação do equipamento? () Sim () Não

O equipamento fornecido está em bom estado, aparentemente? () Sim () Não

Se não, informar o problema detectado:

Orientações prestadas

Registro da visita

Data da visita: ____/____/____

Assinatura e carimbo do profissional que realizou a visita:

Assinatura do paciente e/ou responsável:

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO VII

RELATÓRIO DE VISITA DE ACOMPANHAMENTO PELO MÉDICO

Esse é um roteiro com as recomendações da SBPT que contém informações relevantes na avaliação do paciente em oxigenoterapia domiciliar e não substitui o registro no PEC/Prontuário, bem como demais avaliações que o médico julgar necessárias.

1. FORMULÁRIO PARA A PRIMEIRA VISITA MÉDICA

Identificação do paciente:			
Nome completo:		CNS:	
Endereço:		Nº	
Bairro	Complemento:		
Telefones:	Unidade de Saúde Atendimento:		
Avaliação inicial			
Patologia/Indicação do equipamento:			
Medicações em uso:			
Carteira de vacinação completa (avaliar critérios para vacinação contra PNEUMO23, Influenza e COVID19):			
Histórico de tabagismo:			
Prescrição			
Início:			
Equipamento: () _____	() Cilindro Backup	() Cilindro Transporte	() _____
Fluxo de O2:	Dia: _____ L/min	Noite: _____ L/min	Esforços: _____ L/min
Rampa _____	Pressão H2O _____	EPAP _____	IPAP _____
FR _____	Ti _____		
Tempo de uso (h/dia): _____			
Via de administração:	() Catéter nasal	() Traqueostomia	() Mascara
SpO2 com o fluxo de O2 prescrito: _____			
Exames complementares para uso de Concentrador			
Gasometria arterial (ar ambiente). Data: ____/____/____			
pH: ____ PaO2: ____ PaCO2: ____ HCO3: ____ BE: ____ SaO2: ____			

Hemograma completo: Data: ____/____/____

Hemoglobina (g/dl) _____ Hematocrito (%) _____

ECG. Data: / /

Ecocardiograma. Data: / /

Espirometria. Data: ____/____/____

Outros. Data: / /

*Sinais de *Cor pulmonale*:

Observações

Registro da visita

Data da visita: / /

Assinatura e carimbo do profissional que realizou a visita:

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

2. PREENCHIMENTO NAS DEMAIS VISITAS MÉDICAS

FICHA EVOLUTIVA: DOENÇA ESTÁVEL						
Data						
Tipo de equipamento						
Prescrição O2 (L/min - horas/dia)						
Aderência (Sim/Não)						
Mediação em uso						
Hospitalização (nº)						
Edema de MMII (Sim/Não)						
ECG						
Hemoglobina (g/dL)						
Hematócrito (%)						
SpO2 em repouso (ar ambiente)						
SpO2 em repouso (FiO2)						
Rampa						
Pressão de H2O						
EPAP						
IPAP						
FR						
Ti						
Ecocardiograma						
Resposta ao tratamento (Bom/ruim/inalterada)						
Intercorrências						
Assinatura e carimbo do médico						

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO VIII

TERMO DE DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO
(Deverá ser preenchido pelo Usuário ou seu Responsável)

Declaração do Usuário ou Responsável

Ao Serviços de Oxigenoterapia Domiciliar
Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia

Eu, _____
CPF _____, telefone(s): _____, residente à
Rua _____, Bairro _____,
Atibaia/SP, **Solicito a exclusão do cadastro do paciente:**
_____, CPF: _____,
cadastrado na UBS _____, devido a:

Equipamento a ser devolvido:

- () Concentrador de oxigênio e acessórios para uso domiciliar
() Cilindro de backup (para uso em caso de falta de energia elétrica).
() Cilindro de Transporte
() BIPAP () 20 () 30
() CPAP

Solicito ainda que o equipamento seja retirado.

Sem mais,

Atibaia, ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO IX

TERMO DE ACEITE (À CONTENTO)

(Deverá ser preenchido pelo Gerente da Unidade de Saúde de Referência)

Ao Departamento de Atenção Especializada
Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia

Prezado (a) Senhor (a),

Informo através deste que os serviços prestados pela empresa xxxxxxxx, pelo Termo de Contrato nº xxxxxxxxxx, foram realizados **à CONTENTO** no período de **01/xx/202x à 30/xx/202x**.

Nome completo do paciente:

Cartão SUS:

Prontuário:

Unidade: UBS

Inclusão: DD/MM/AAAA

Data da última visita domiciliar: DD/MM/AAAA

Equipamento: _____

Nome completo do paciente:

Cartão SUS:

Prontuário:

Unidade: UBS

Inclusão: DD/MM/AAAA

Data da última visita domiciliar: DD/MM/AAAA

Equipamento: _____

Atenciosamente,

Gerente da Unidade de Saúde xxx

O gerente será responsável por enviar as informações a contento mensalmente, mediante relatório de Visitas pelos Médicos e Enfermeiros, de todos pacientes acompanhados pela Unidade de Saúde de Referência e enviado ao setor responsável até o 25º dia de cada mês.

Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO X

ORIENTAÇÕES SOBRE O FLUXO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR (Deverá ser entregue ao paciente ou Responsável no ato da solicitação de ODP)

Orientações:

- O concentrador é para uso contínuo, sendo limitado a 5L/min;
- O cilindro de oxigênio Backup, para concentrador, somente deverá ser utilizado em caso de falta de energia elétrica (emergência);
- A empresa poderá fazer, em caso de necessidade, a recarga do cilindro de transporte limitada a uma vez ao mês;
- O copo do umidificador do concentrador deve ser lavado com detergente neutro diariamente, e colocar água filtrada ou mineral até a marca indicada. O cateter ou máscara, devem ser lavados uma vez por semana e deixar 10 minutos de molho no hipoclorito;
- Em caso de problemas com o equipamento ou acessórios quando este ocorrer em finais de semana ou feriados, ligar direto na empresa.
- Para solicitar inclusão no programa federal de tarifa de energia social, é necessário estar inscrito no cadastro único da assistência social, para fornecer o NIS para a Elektro. Nestes casos, a renda familiar não poderá ultrapassar 3 salários mín
- Para evitar a interrupções na energia elétrica, você poderá levar a prescrição médica do uso de oxigênio, documentos pessoais e comprovante de endereço no escritório da Elektro para cadastrar o domicílio como especial, para não faltar energia elétrica no domicílio ou tornar-se prioridade para religar a energia em caso de falta de energia;
- Os equipamentos fornecidos pela Prefeitura de Atibaia **não** podem ser levados para outro município pois são de uso exclusivo para os pacientes de Atibaia. A empresa fará visita para verificar os aparelhos e se for verificado que não está no domicílio, o caso será encaminhado para o setor jurídico da Prefeitura por uso indevido.
- Em caso de mudança de município o paciente e/ou responsável deverá comunicar à Unidade de Saúde de Referência, para que seja realizada a retirada do equipamento.

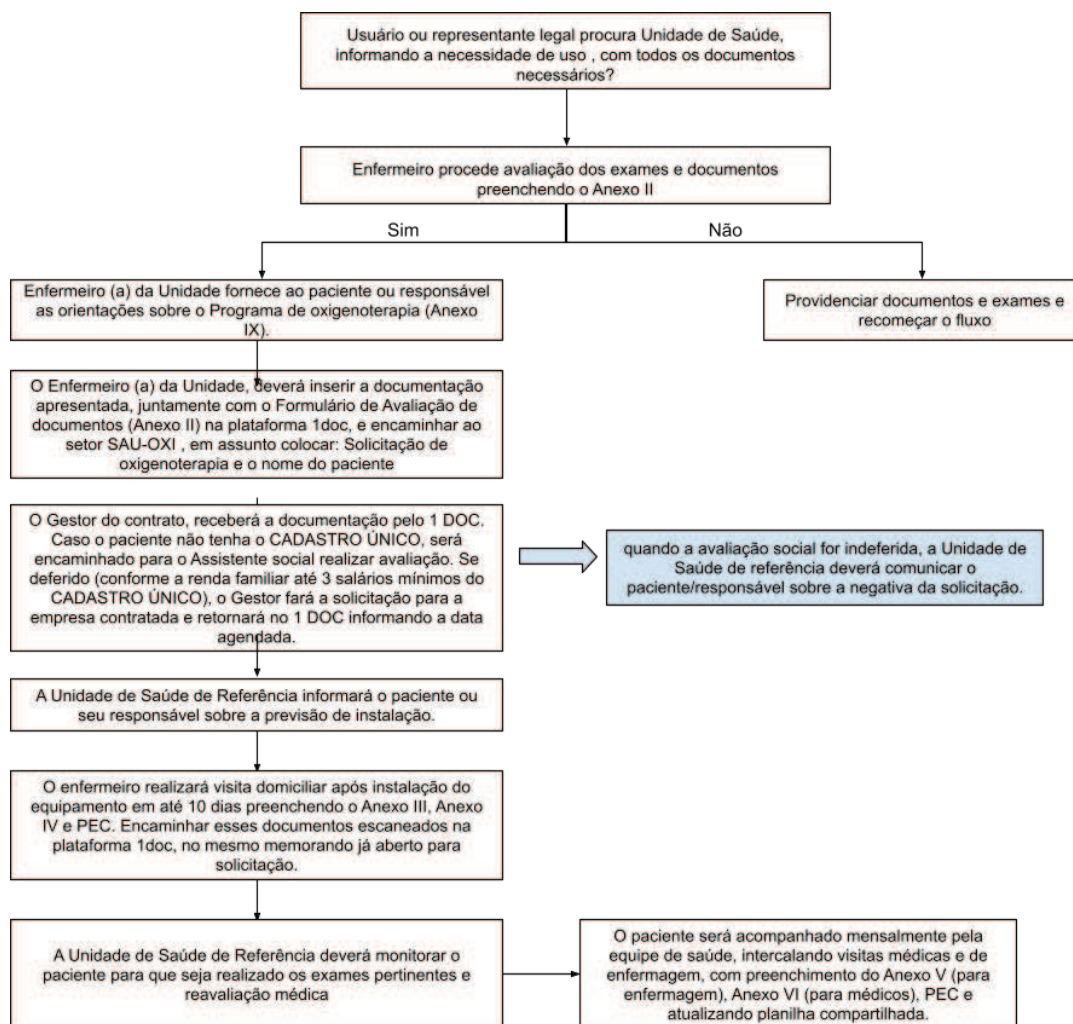
Atos do Poder Executivo



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde

ANEXO XI

FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO E FORNECIMENTO DE OXIGENOTERAPIA





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 0C40-B502-4743-3E41

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



CLAUDIO PEIXOTO DA SILVA (CPF 106.XXX.XXX-83) em 24/07/2025 15:43:39 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://atibaia.1doc.com.br/verificacao/0C40-B502-4743-3E41>