



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0508/2019

Rio de Janeiro, 03 de junho de 2019.

Processo nº 5032844-79.2019.4.02.5101,  
ajuizado por [REDACTED]  
representada por [REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto tratamento de **oxigenoterapia domiciliar**.

#### I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento do Hospital Federal Cardoso Fontes (Evento 1 ANEXO2, pág. 10), emitido em 07 de maio de 2019, pela médica [REDACTED] a Autora, 80 anos, possui quadro de **doença pulmonar obstrutiva crônica** pela classificação **GOLD C**, com indicação de uso contínuo de oxigênio suplementar (gasometria arterial com  $\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$  e  $\text{satO}_2 < 88\%$  em ar ambiente) mesmo após otimização da medicação. Encontra-se internada na referida unidade aguardando **suporte domiciliar de oxigênio** para permitir a desospitalização. Há necessidade de manter **oxigenoterapia** contínua, 24horas/dia, a partir de fonte fixa como concentrador e/ou cilindro de oxigênio, via cateter nasal com fluxo contínuo de 2litros/minuto, e cilindro leve de  $\text{O}_2$  como fonte móvel. Foi citada a seguinte Classificação Internacional de Doenças (CID-10): **J44.9 – Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada**.

2. Em formulário médico da Defensoria Pública da União (Evento 1 ANEXO5, págs. 8 a 12), preenchido em 13 de maio de 2019, pela médica [REDACTED] a Autora apresenta **doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência respiratória crônica e hipertensão arterial sistêmica**, sendo indicado, em uso contínuo, **oxigenoterapia** contínua 24 horas/dia a partir de cilindro e/ou concentrador de oxigênio com fluxo de 2 litros/min de oxigênio via cateter nasal. Caso não seja submetida ao tratamento indicado pode ter como consequência deteriorização clínica com agravamento de sua pneumopatia e risco de vida. Indicado **oxigenoterapia domiciliar contínua** para que se estabilize a pneumopatia e evite descompensações respiratórias. A Autora encontra-se hospitalizada na dependência da oxigenoterapia domiciliar para viabilizar a alta hospitalar. Foram citadas as Classificações Internacionais de Doenças (CID-10): **J44.9 – Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada, J96.1 – Insuficiência respiratória crônica e I10 - Hipertensão essencial (primária)**.

#### II – ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

### DO QUADRO CLÍNICO

1. A **doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)** caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O substrato fisiopatológico da DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo. Os principais sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônica. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas. Quanto à gravidade, a DPOC é classificada em: estágio I – Leve; estágio II – Moderada; estágio III – Grave e estágio IV – Muito Grave<sup>1</sup>. A classificação do DPOC pelos estágios A, B, C ou D, tem sido amplamente utilizada, pois além de auxiliar na opção terapêutica, avalia o impacto da doença para o paciente e os riscos de futuras exacerbações. Cada estágio é caracterizado pela combinação de três parâmetros: espirométrico, sintomas e risco de exacerbação/internação. O **Grupo C** representa: alto risco, pouco sintomático; paciente no Estádio GOLD 3 ou 4 (grave ou muito grave limitação do fluxo de ar) E/ou Mais que duas exacerbações por ano OU hospitalizações por exacerbação; Escala de dispneia mMRC grau 0 ou 1 ou CAT menor que 10<sup>2</sup>.

2. A **insuficiência respiratória (IR)** pode ser definida como a condição clínica na qual o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO<sub>2</sub>) e/ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO<sub>2</sub>) dentro dos limites da normalidade, para determinada demanda metabólica. Como a definição de IR está relacionada à incapacidade do sistema respiratório em manter níveis adequados de oxigenação e gás carbônico, foram estabelecidos, para sua caracterização, pontos de corte na gasometria arterial, como PaO<sub>2</sub> < 60mmHg e PaCO<sub>2</sub> > 50mmHg. Quando as alterações das trocas gasosas se instalam de maneira progressiva ao longo de meses ou anos, estaremos diante de casos de **insuficiência respiratória crônica**. Nessas situações, as manifestações clínicas podem ser mais sutis e as alterações gasométricas do equilíbrio ácido-base, ausentes. Exemplo de tal condição é a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada<sup>3</sup>.

3. A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 609, 06 de junho de 2013 (Retificado em 15 de junho de 2013 e 10 de junho de 2014). Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo\\_prt0609\\_06\\_06\\_2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt0609_06_06_2013.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2019.

<sup>2</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS. Resumos Clínicos - Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/tsrs/telessaunders/documentos/protocolos\\_resumos/pneumologia\\_resumo\\_DPOC\\_20160321.pdf](https://www.ufrgs.br/tsrs/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_DPOC_20160321.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2019.

<sup>3</sup>PÁDUA AI; ALVARES F & MARTINEZ JAB. Insuficiência respiratória. Medicina, Ribeirão Preto, v. 36, p. 205-213, abr./dez. 2003. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/7\\_insuficiencia\\_respiratoria.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/7_insuficiencia_respiratoria.pdf)> Acesso em: 03 jun. 2019

<sup>4</sup>SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p. 4-10, 2010. Disponível em:  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA/SJ/SES



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOSSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

DO PLEITO

1. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a **Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)** tem o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas; aumentar a sobrevida dos pacientes por melhorar as variáveis fisiológicas e sintomas clínicos; incrementar a qualidade de vida pelo aumento da tolerância ao exercício, diminuindo a necessidade de internações hospitalares, assim como melhorar os sintomas neuropsiquiátricos decorrentes da hipoxemia crônica<sup>5</sup>.
2. Existem quatro sistemas ou fontes de oxigênio para fornecimento domiciliar: concentradores de oxigênio, oxigênio gasoso comprimido em cilindros, oxigênio líquido e oxigênio gasoso portátil. Os três últimos permitem a locomoção do usuário, porém apresentam custo elevado para manutenção<sup>6,6</sup>.
3. As fontes de oxigênio descritas acima podem ter uso associado segundo o estilo de vida do usuário. Assim, tem-se:
  - Concentrador de oxigênio e cilindro de gás sob pressão: destinam-se a usuários limitados ao leito ou ao domicílio;
  - Concentrador de oxigênio com cilindro de alumínio contendo O<sub>2</sub> gasoso portátil e cilindro de, no mínimo, 4m<sup>3</sup> de gás sob pressão: destinam-se a usuários parcialmente limitados ao domicílio e saídas ocasionais.
  - Oxigênio líquido em reservatório matriz e mochila portátil: destina-se a pacientes com mobilidade conservada e/ou vida social ativa<sup>6</sup>.
4. Para que o usuário possa utilizar as fontes de oxigênio mencionadas, é necessária a escolha de uma das seguintes formas de administração: sistemas de baixo fluxo ou fluxo variável (cânula ou *prong* nasal, cateter orofaríngeo ou traqueal e máscara facial simples); e sistemas de administração de alto fluxo ou fluxo fixo (máscara de Venturi)<sup>6</sup>.

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de uma Autora de 80 anos com quadro de **doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência respiratória crônica e hipertensão arterial sistêmica** (Evento 1\_ANEXO2, pág. 10) e (Evento 1\_ANEXO5, págs. 8 a 12) com necessidade de uso de terapia com **oxigenoterapia domiciliar**.
2. A prescrição de **oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)** é indubitavelmente o tratamento padrão para corrigir a hipoxemia crônica em pacientes com doença pulmonar estável. Estudos clássicos sobre ODP foram realizados em pacientes com **doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**, mas portadores de outras pneumopatias com hipoxemia crônica também se beneficiam com seu uso. Já se comprovou que há aumento da sobrevida e melhora na qualidade de vida com a correta utilização de ODP. Acredita-se que o aumento do fluxo sanguíneo para os órgãos centrais decorrente da melhora na capacidade do

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

<sup>5</sup>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), Jornal de Pneumologia, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2000. Disponível em:

<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R9Zclu\\_n-zsJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3D50102-3586200000600011+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R9Zclu_n-zsJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3D50102-3586200000600011+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 03 jun. 2019.

<sup>6</sup>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em:

<[http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO\\_07\\_OXIGENOTERAPIA\\_DOMICILIAR\\_PROLONGADA.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO_07_OXIGENOTERAPIA_DOMICILIAR_PROLONGADA.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2019.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

exercício com o uso de oxigênio contínuo durante esforços é a melhor explicação para a obtenção destes benefícios<sup>7</sup>.

3. Diante o exposto, informa-se que o **tratamento com oxigênio em regime domiciliar está indicado** para o manejo do quadro clínico que acomete a Autora – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Evento 1\_ANEXO2, pág. 10) e (Evento 1\_ANEXO5, págs. 8 a 12).

4. Considerando o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, além de tal tratamento **estar coberto pelo SUS**, conforme Tabela Unificada do Sistema de Gerenciamento de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, na qual consta oxigenoterapia, sob o código de procedimento: 03.01.10.014-4, para área ambulatorial, hospitalar e de atenção domiciliar, a CONITEC avaliou a incorporação da oxigenoterapia domiciliar, estando recomendada apenas para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)<sup>8</sup> – o que se enquadra ao caso da Autora. Contudo, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, não foi localizada nenhuma forma de acesso administrativo ao tratamento pleiteado.

5. Considerando-se que é de responsabilidade do médico determinar a necessidade e a forma de administração do oxigênio<sup>3</sup>, caso haja a aquisição dos equipamentos de oxigenoterapia domiciliar pleiteados, a Autora deverá ser acompanhada por médico especialista, a fim de que sejam realizadas orientações e adaptações acerca da utilização dos referidos equipamentos bem como reavaliações clínicas periódicas.

6. Neste sentido, informa-se que a Autora já está sendo assistido por uma unidade de saúde pertencente ao SUS, a saber, Hospital Federal Cardoso Fontes (Evento 1\_ANEXO2, pág. 10), que deverá promover seu acompanhamento ou encaminhá-la em caso de impossibilidade em atender a demanda.

7. Cabe ainda ressaltar que em relato médico (Evento1\_ANEXO5, págs. 8 a 12) há menção de que “há risco de deteriorização clínica com agravamento de sua pneumopatia e risco de morte”. Assim, salienta-se que a demora exacerbada na realização da consulta e tratamento da Autora, pode comprometer o prognóstico em questão.

8. Elucida-se ainda que o fornecimento de informações acerca de menor custo para o benefício pretendido e da possível disponibilidade do insumo em estoque, não consta no escopo de atuação deste Núcleo.

É o parecer.

Ao 1º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

CHEILA TOBIAS DA HORA BASTOS  
Farmacêutica  
CRF-RJ 14680

MARCIA LUZIA TRINDADE MARQUES  
Farmacêutica  
CRF-RJ 13615  
ID 5.004.792-2

FERNANDA CHAGAS MARQUES  
Enfermeira  
COREN-RJ 291.656  
ID 5.001.347-5

FLÁVIO AFONSO BADARÓ  
Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 436.475-02

<sup>7</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro Sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2004. Disponível em: <[http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple\\_124\\_40\\_dpoc\\_completo\\_finalimpresso.pdf](http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_124_40_dpoc_completo_finalimpresso.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2019.

<sup>8</sup> CONITEC. Recomendações sobre tecnologias avaliadas. Relatório nº 32. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Oxigenoterapia-DPOC-final.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2019.