



**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 1813/2024**

**Rio de Janeiro, 15 de outubro de 2024.**

[REMOVIDO], ajuizado por

Cumpre esclarecer que para a emissão deste Parecer foi considerado o documento médico acostado ao Processo originário nº 5076386-74.2024.4.02.5101, uma vez que o processo enviado pela 8ª Turma Recursal - 2º Juiz Relator (RJ) não possui documento médico.

Trata-se de Autor, 31 anos, portador de cardiopatia congênita cianótica complexa (atresia tricúspide, atresia pulmonar, hipoplasia de coração direito, fístula coronariana), logo com fisiologia univentricular, insuficiência cardíaca. Evoluindo com eritrocitose persistente e taquiarritmia ventricular ao holter. Já submetido à cirurgia e segue em tratamento clínico paliativo. Necessidade de sangrias frequentes, por conta da hiperviscosidade devido à eritrocitose (esta secundária à baixa saturação de oxigênio secundária à cardiopatia congênita). Esteve internado por descompensação por hiperviscosidade sanguínea, após administração de oxigênio houve níveis maiores de saturação de oxigênio, em torno de 85% (em ar ambiente satura por volta de 65%). Sendo solicitado fornecimento de oxigênio domiciliar, tipo de fonte de oxigênio: concentrador estacionário e portátil, via cateter nasal, com fluxo de 3 litros/minuto. Códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) citados: Q22.0 - Atresia da valva pulmonar; Q22.6 - Síndrome do coração direito hipoplásico; Q22.8 - Outras malformações congênitas da valva tricúspide; Q24.5 - Malformações dos vasos coronários; I47.2 - Taquicardia ventricular; I10 - Hipertensão essencial (primária); I50- Insuficiência cardíaca; D75.9 - Doença não especificada do sangue e dos órgãos hematopoéticos (Evento 1, ANEXO2, Páginas 15 e 16; Evento 1, INIC1, Página 7).

As cardiopatias congênitas são anormalidades na estrutura ou função cardiovascular que estão presentes ao nascer, mesmo quando descoberta mais tarde. Aproximadamente 0,8% dos nascidos vivos têm uma malformação cardiovascular. As mais comuns no sexo feminino são a persistência do canal arterial (PCA), anomalia de Ebstein, comunicação interatrial (CIA).

São critérios para indicação de oxigenoterapia: PaO<sub>2</sub> inferior a 55 mmHg; ou SpO<sub>2</sub> inferior a 88%; ou PaO<sub>2</sub> entre 55 e 59 mmHg ou SpO<sub>2</sub> inferior ou igual a 89% e na presença de sinais de hipertensão arterial pulmonar/cor pulmonale (policitemia, edema periférico, turgência jugular, segunda bulha cardíaca hiperfonética, eletrocardiograma com onda p pulmonalis). 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. A prescrição é mais frequente para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão pulmonar (HP), doenças pulmonares intersticiais (DPI) e outras que evoluem com hipoxemia grave em repouso.

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.

Isto posto, informa-se que o tratamento com oxigenoterapia domiciliar através do equipamento concentrador de oxigênio (estacionário e portátil), sob cateter nasal está indicado para o manejo terapêutico do quadro clínico que acomete o Autor (Evento 1, ANEXO2, Páginas 15 e 16).

Considerando o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), cabe esclarecer que o tratamento pleiteado se encontra coberto pelo SUS, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) na qual consta: oxigenoterapia por dia (03.01.10.014-4) para área ambulatorial, hospitalar e de atenção domiciliar.

Destaca-se que a CONITEC avaliou a incorporação da oxigenoterapia domiciliar, estando recomendada aos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – o que não se enquadra ao caso do Autor. Entretanto, cabe esclarecer que, até o presente momento, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro, não foi localizada nenhuma forma de acesso pela via administrativa para o tratamento com oxigenoterapia domiciliar, assim como

não foram identificados outros equipamentos que possam configurar uma alternativa terapêutica

Considerando que é de responsabilidade do médico determinar a necessidade e a forma de administração do oxigênio, caso haja a aquisição dos equipamentos para o tratamento



com oxigenoterapia pleiteado, o Autor deverá ser acompanhado por médico especialista, a fim de que sejam realizadas orientações e adaptações acerca da utilização dos referidos equipamentos, assim como reavaliações clínicas periódicas. Neste sentido, ressalta-se que Autor faz acompanhamento médico regular no Instituto Nacional de Cardiologia (Evento 1, ANEXO2, Páginas 15 e 16).

Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde não foi identificado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para as enfermidades do Autor.

Adicionalmente, quanto ao registro dos equipamentos e insumo necessários para a oferta de oxigênio suplementar, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, informa-se que concentradores de oxigênio (estacionário e portátil) e cateter nasal – possuem registro ativo na ANVISA.

É o parecer.

À 1<sup>a</sup> Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.