



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/NAT-FEDERAL Nº 1153/2017

Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 2017.

Processo nº 0176047-05.2017.4.02.5151,  
ajuizado por [REDACTED]  
representada por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente parecer visa atender a solicitação de informações do 1º Juizado Especial Federal da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto aos equipamentos: **concentrador de oxigênio, cilindro de oxigênio com válvula de reserva e oxímetro de pulso.**

#### I - RELATÓRIO

1. Para a elaboração deste Parecer Técnico foram considerados os documentos médicos nos quais foi possível verificar a identificação do profissional médico emissor.

2. De acordo com documento médico do Serviço de Pediatria do Hospital Federal dos Servidores do Estado – SUS, (fls. 60 e 61), emitido em 16 de novembro de 2017, pela pediatra pneumologista [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), o Autor, 14 anos, é portador de **encefalopatia crônica não progressiva** e como consequência **síndrome aspirativa crônica por incoordenação de deglutição**. Evoluiu com **bronquiectasias difusas e insuficiência respiratória hipoxêmica**, necessitando de **oxigenioterapia** durante o sono, visto que apresenta quedas de saturação que podem ocasionar piora evolutiva e risco de vida. Durante as intercorrências, com quadros de axacerbação pulmonar, pode necessitar de uso de oxigenioterapia até o atendimento médico de suporte. Foi informada a seguinte Classificação Internacional de Doenças (CID10) **J47 – Bronquiectasia**. Necessita durante o sono de 2 L/min de O<sub>2</sub>, via cateter nasal. Desta forma, serão necessários:

- **Concentrador de oxigênio** – e caso haja queda de energia, 1 **cilindro de oxigênio** com válvula de reserva (sendo assegurada a sua recarga, se necessário);
- **Oxímetro de pulso.**

Na falta de concentrador, há necessidade de 15 cilindros de oxigênio com válvula para uso domiciliar por mês.

#### 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



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

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.

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.

3. A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim resolve:

Art. 535º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Art. 536º. A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades:

*I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);*

*II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e*

*III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).*

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 544 Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

#### DA PATOLOGIA

1. A **paralisia cerebral (PC)**, também denominada **encefalopatia crônica não progressiva da infância**, é caracterizada por uma alteração dos movimentos controlados ou posturais dos pacientes, aparecendo cedo, sendo secundária a uma lesão ou disfunção do sistema nervoso central (SNC) e não é reconhecido como resultado de uma doença

f



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

cerebral progressiva ou degenerativa. O evento lesivo pode ocorrer no período pré, peri ou pós-natal. Congrega um grupo de afecções permanentes do sistema nervoso central sem caráter progressivo e de instalação no período neonatal. Apresenta clinicamente distúrbios da motricidade, isto é, alterações do movimento, da postura, do equilíbrio e da coordenação, com presença variável de movimentos involuntários. A PC pode ser classificada por dois critérios: pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, coreico e distônico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia dos prejuízos, ou seja, localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia (ou quadriplegia), monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia<sup>1</sup>.

2. Os **distúrbios de deglutição** são mais graves e prevalentes em pacientes neurológicos e em especial os que apresentam **encefalopatias** devido à **incoordenação de deglutição**, a uma possível lesão do núcleo central do vago, capaz de alterar difusamente a motricidade do trato digestivo, além de uma possível postura de opistótomos que se trata de uma contração dos músculos extensores do pescoço e do tronco, assumindo uma postura hiperdistendida, abrindo vias aéreas e favorecendo a **aspiração da saliva e de alimentos durante a alimentação**<sup>2</sup>.

3. 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<sup>3</sup>. A **insuficiência respiratória crônica** costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e **bronquiectasias** adquiridas. Os pacientes que vivem com **hipoxemia** e, muitas vezes, **hipercapnia**, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, frequentemente de forma importante. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e consequente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde<sup>4</sup>.

4. O termo **bronquiectasia** é definido como uma dilatação brônquica anormal persistente geralmente associada à inflamação na via aérea e no parênquima pulmonar. Uma vez estabelecida, a bronquiectasia costuma constituir-se numa afecção permanente. A ocorrência de bronquiectasias, em geral, mantém correlação direta com o número e a gravidade das infecções respiratórias. As bronquiectasias podem fazer parte da história natural de diversas condições que, ou favorecem infecções de repetição, ou por alterarem a estrutura morfofuncional das vias aéreas, que em geral apresentam as bronquiectasias

<sup>1</sup> LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral – aspectos fisioterapêuticos e clínicos. Neurociências. 2004;12:41-45. Disponível em:

<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2001/Pages%20from%20RN%2012%2001-7.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

<sup>2</sup> CLAUDINO, K. A. SILVA, L. V. C. Complicações Respiratórias em Pacientes com Encefalopatia Crônica Não Progressiva. Revista Neurociências, 2012 20(1):94-100. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/revisao%2020%2001/603%20revisao.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2017.

<sup>3</sup> PÁDUA, A. I.; ALVARES, F. A.; MARTINEZ, J. A. B. 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: 05 dez. 2017.

<sup>4</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Jornal de Pneumologia, v.26, n.6, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-3586200000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3586200000600011)>. Acesso em: 05 dez. 2017.



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

como um dos componentes estruturais (por vezes até como principal achado)<sup>5</sup>. Os pacientes com bronquiectasias podem apresentar tosse, dispnéia, secreção abundante e cursar nas fases avançadas com hipoxemia e cor pulmonale<sup>6</sup>.

### DO PLEITO

1. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), a Oxigenoterapia Domiciliar Contínua (ODP) tem o objetivo de reduzir a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas; umentar 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>7</sup>.
2. Existem quatro sistemas ou fontes de oxigênio para fornecimento domiciliar: concentradores de 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>3,8</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: destinam-se a pacientes com mobilidade conservada e/ou vida social ativa<sup>4</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>4</sup>.
5. A oximetria de pulso é a maneira de medir quanto oxigênio seu sangue está transportando. Usando um pequeno dispositivo chamado **oxímetro de pulso (saturímetro)**, seu nível de oxigênio sanguíneo pode ser aferido sem a necessidade de punção-lo com uma agulha. O nível de oxigênio mensurado com um oxímetro é chamado de nível de

<sup>5</sup> HOCHHEGGER, B. et al. Entendendo a classificação, a fisiopatologia e o diagnóstico radiológico das bronquiectasias. Revista Portuguesa de Pneumologia, v. 16, n. 4, p. 627-39, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-21592010000400009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592010000400009)>. Acesso em: 05 dez. 2017.

<sup>6</sup> 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: 05 dez. 2017.

<sup>7</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://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-35862000000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011)>. Acesso em: 05 dez. 2017.

<sup>8</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em: <[http://target.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO\\_07\\_OXIGENOTERAPIA\\_DOMICILIAR\\_PROLONGADA.pdf](http://target.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/Revisoes/REVISAO_07_OXIGENOTERAPIA_DOMICILIAR_PROLONGADA.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2017.



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

saturação de oxigênio (abreviado como O<sub>2</sub>sat ou SaO<sub>2</sub>). A SaO<sub>2</sub> é a porcentagem de oxigênio que seu sangue está transportando, comparada com o máximo da sua capacidade de transporte. Idealmente, mais de 89% das suas células vermelhas devem estar transportando oxigênio. Ter um oxímetro de pulso lhes permitirá monitorar seu nível de oxigênio sanguíneo e saber quando precisam de aumentar o seu fluxo de oxigênio suplementar<sup>9</sup>.

### III - CONCLUSÃO

1. Os portadores de **encefalopatia crônica não progressiva** ou paralisia cerebral apresentam características de distúrbios motores bucofonatórios, de modo a apresentarem distúrbios da fala, mastigação, deglutição, controle da saliva e alterações respiratórias. Distúrbios de deglutição, associadas às deformidades posturais que podem resultar de um mau posicionamento de cabeça, de membros superiores e de tórax, podem vir a desencadear sérias complicações respiratórias. A presença de doenças associadas à lesão cerebral, como refluxo gastroesofágico (RGE), incoordenação orofaríngea (IOF) e acúmulo de secreção, além de convulsões e a incoordenação motora, podem contribuir para o aumento da ocorrência de complicações respiratórias. Uma das principais etiologias dos distúrbios da deglutição, dentre os quais o RGE e a aspiração direta de alimentos são as doenças do sistema nervoso, incluindo a lesão cerebral por hipóxia, como a encefalopatia crônica não progressiva<sup>2</sup>.

2. Os pacientes que vivem com **hipoxemia** apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, freqüentemente de forma importante. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares<sup>11</sup>. O quadro clínico que pode ser desencadeado devido à lesão encefálica no portador desta encefalopatia crônica torna a incidência de complicações respiratórias comum nestes indivíduos, diminuindo sua qualidade de vida e em contrapartida aumentando sua morbidade e mortalidade, visto que o desencadeamento de doenças respiratórias nestes pacientes é de difícil controle<sup>2</sup>.

3. Diante do exposto, informa-se que os equipamentos necessários à oxigenoterapia (**concentrador de oxigênio, cilindro de oxigênio com válvula de reserva e oxímetro de pulso**) estão indicados para o quadro clínico que acomete o Autor - bronquiectasias difusas e insuficiência respiratória hipoxêmica (fl. 60). No entanto, não integram nenhuma lista oficial de insumos/equipamentos para disponibilização através do SUS, no âmbito do Município e do Estado do Rio de Janeiro.

4. Apesar de não ser disponibilizada pelo SUS, no âmbito do Município e do Estado do Rio de Janeiro, cabe ressaltar que o cuidado a pacientes que estão em uso de oxigenoterapia domiciliar se torna mais eficaz e eficiente quando acompanhado periodicamente por uma Equipe de Atenção Domiciliar. Muitas vezes, pacientes e familiares recebem os equipamentos de oxigenoterapia, mas não possuem um acompanhamento rotineiro por profissionais de saúde, utilizando o equipamento de forma inadequada, podendo prejudicar a saúde dos pacientes. O uso de oxigenoterapia domiciliar e o acompanhamento por uma Equipe de Atenção Domiciliar proporcionam melhora na qualidade de vida e ampliação na sobrevida destes pacientes, prevenindo e/ou diminuindo o

<sup>9</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oximetria de pulso. Disponível em: <<http://sbpt.org.br/espaco-saude-respiratoria-oximetria-de-pulso/>>. Acesso em: 05 dez. 2017.



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

número de internações hospitalares, além de disponibilizar leitos hospitalares ocupados por pacientes com necessidade exclusiva de oxigênio suplementar<sup>10</sup>.

5. Diante do exposto, e considerando a melhora na qualidade de vida e ampliação na sobrevivência dos pacientes que utilizam a oxigenoterapia domiciliar associada ao acompanhamento por uma Equipe de Atenção Domiciliar, após o Autor ter acesso ao equipamento/insumo pleiteado, **sugere-se** que o mesmo seja acompanhado pelo Serviço de Atenção Domiciliar – SAD. Neste sentido, **caso esta demanda seja solicitada**, a representante legal do Autor **deverá comparecer à unidade básica de saúde mais próxima de sua residência** a fim de que seja realizada a avaliação do mesmo pelo SAD.

6. Cabe esclarecer que a elegibilidade na Atenção Domiciliar no SUS considera critérios clínicos e administrativos/operacionais/legais. Ressalta-se que esses critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se as singularidades do paciente e suas necessidades, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las<sup>5</sup>.

7. Saliencia-se que para o caso do Autor- **bronquiectasias difusas e insuficiência respiratória hipoxêmica** (fls. 60 e 61), o tratamento com a oxigenoterapia domiciliar, **não foi avaliado** pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC<sup>11</sup>. Reitera-se que a oxigenoterapia domiciliar continua **não integra** nenhuma lista oficial de insumos para dispensação no SUS, no âmbito do Município e Estado do Rio de Janeiro.

8. Elucida-se que o fornecimento de informações acerca de **menor custo e disponibilidade do insumo em estoque não consta** no escopo de atuação deste Núcleo.

É o parecer.

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

  
VIRGINIA S. PEDREIRA  
Enfermeira  
COREN-RJ 321.417

FERNANDO ANTÔNIO DE ALMEIDA GASPAR  
Médico  
CRM-RJ 52.52996-3

ANDRE LUIZ CARVALHO NETTO  
Médico  
CREMERJ: 52.82.240-0  
Mat. 5548-3

PRISCILA AZEVEDO  
Enfermeira/SJ  
COREN/RJ: 261.162  
ID. 5072070-8

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

<sup>10</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto de Seu Lar. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2. Brasília, DF, abr. 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap\\_7\\_vol\\_2\\_situacoes\\_especiais\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_7_vol_2_situacoes_especiais_final.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2017.

<sup>11</sup> Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Recomendações sobre as tecnologias avaliadas. Ordem alfabética. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacao-ordem-alfabetica#O>>. Acesso em: 06 dez. 2017.