



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 2977/2025

Rio de Janeiro, 31 de julho de 2025.

Processo nº 0886372-37.2025.8.19.0001,
ajuizado por **H.P.C.D.S.**

Em síntese, trata-se de Autora, 72 anos de idade, portadora de **doença de Alzheimer** em progressão, **amaurose bilateral**, **linfoma em cuidados paliativos**, **linfonodomegalias** mediastinais e **lesão peribroncovascular** na base do pulmão direita, sugestiva de linfoma; **bronquiectasias difusas** e **hipertensão pulmonar com disfunção grave**. Interna no Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ/SUS (Num. 203850403 - Pág. 8), devido a infecção de repetição de suas bronquiectasias e broncoespasmo severo e refratário; dependente de oxigênio, apresentando no exame de gasometria arterial em ar ambiente a saturação de oxigênio de 78% e pressão arterial de oxigênio (PaO₂) de 45 mmHg e com melhora clínica e em condições de receber alta hospitalar. Sendo indicado do uso de **oxigenoterapia suplementar** com urgência na disponibilização; e objetivando melhoras dos sintomas, qualidade de vida, redução da hipertensão pulmonar e mortalidade. Citada a Classificação Internacional de Doenças (CID 10): **J98.0 Outras doenças dos brônquios não classificadas em outra parte**, **C85.1 Linfoma de células B, não especificado**, **I27.2 Outra hipertensão pulmonar secundária** e **I50.9 Insuficiência cardíaca não especificada**.

Sendo sugeridos os seguintes equipamentos:

- Modalidades portáteis: cilindro leve de oxigênio ou **concentrador portátil** ou dispositivo de oxigênio líquido (para uso em atividades fora do domicílio)
- Modalidades estacionárias: **concentrador de oxigênio** e **cilindro de oxigênio** (caso haja falta de energia)
- Insumo: **cateter nasal** com fluxo de 1 a 2 L/min

Foi pleiteado o tratamento com oxigenoterapia domiciliar, bem como seus equipamentos e insumos (Num. 203850402 - Págs. 2 e 11)

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 crônica¹. A OMS considera hipoxemia quando a saturação periférica de oxihemoglobina (SpO₂) for < 90%, enquanto as Diretrizes Brasileiras em Pneumonia Adquirida na Comunidade na Criança definem a SpO₂ < 92% como um fator determinante na indicação de internamento, na transferência de pacientes para UTI, bem como no

¹ 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>. Acesso em: 31 jul. 2025.



uso da oxigenoterapia². 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 ODP³.

O termo **bronquiectasia** é definido como uma dilatação brônquica anormal persistente geralmente associada à inflamação na via aérea e no parênquima pulmonar. Uma vez estabelecidas, as bronquiectasias costumam 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 como um dos componentes estruturais (por vezes até como principal achado)⁴. Os pacientes com bronquiectasias podem apresentar tosse, dispneia, secreção abundante e cursar nas fases avançadas com hipoxemia e cor pulmonale⁵.

A **Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP)** é uma síndrome clínica e hemodinâmica, que resulta no aumento da resistência vascular na pequena circulação, elevando os níveis pressóricos na circulação pulmonar. É definida como pressão arterial pulmonar média maior ou igual a 25mmHg em repouso ou maior que 30mmHg ao fazer exercícios, com pressão de oclusão da artéria pulmonar ou pressão de átrio direito menor ou igual a 15mmHg, medidas por cateterismo cardíaco⁶. Considera-se do grupo I os pacientes que tenham doença arterial pulmonar predominante, na ausência de doença pulmonar ou trombembólica, o foco desta revisão. O grupo II inclui pacientes cuja gênese da HP seja doença cardíaca esquerda e aumento da pressão hidrostática do sistema, a partir do átrio esquerdo. O grupo III inclui pacientes com HP por doença pulmonar crônica, nos quais a gênese da enfermidade advém da perda do leito vascular pulmonar e da vasoconstrição hipóxica. O grupo IV inclui pacientes com HP por embolia pulmonar crônica (HPTEC), e possui um manejo clínico distinto, além do escopo deste texto. Recomendações para diagnóstico e tratamento dos pacientes com HPTEC podem ser encontradas em outras publicações. O grupo V inclui pacientes com doenças mais raras, com múltiplos mecanismos⁷.

A **Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)** é uma condição crônica e progressiva que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Caracterizada pela incapacidade do coração de bombear sangue de forma eficaz para atender às demandas do corpo, a ICC resulta em uma série de sintomas debilitantes e complicações graves. Com uma prevalência significativa em populações de todas as idades e origens étnicas, a ICC representa um desafio substancial para os sistemas de saúde e uma fonte significativa de morbidade e mortalidade. Essa disfunção pode ser resultado de diversas condições subjacentes, como hipertensão arterial, doença coronariana, cardiomiopatias,

² Lima M. A. Z. et al. Hipoxemia como preditor de gravidade em pacientes internados com pneumonia. *Residência Pediátrica* 2015;5(3):122-127. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v5n3a05.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2025.

³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Temas em revisão: Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada. Disponível em: Acesso em: 31 jul. 2025.

⁴ 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/pdf/pne/v16n4/v16n4a09.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2025.

⁵ 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>. Acesso em: 31 jul. 2025.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Hipertensão Arterial Pulmonar (Portaria nº 35, de 16 de janeiro de 2014). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/HAP.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2025.

⁷ FERNANDES, C. J. et al.. Atualização no Tratamento da Hipertensão Arterial Pulmonar. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, n. 4, p. 750–764, out. 2021. Acesso em: 31 jul. 2025.



valvulopatias, entre outras. A classificação da ICC é geralmente baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo, que pode ser reduzida (ICC com fração de ejeção reduzida) ou preservada (ICC com fração de ejeção preservada), embora existam outras classificações baseadas na etiologia, sintomas e gravidade⁸.

Diante do exposto, informa-se que o tratamento com **oxigenoterapia domiciliar** pleiteado e prescrito **está indicado**, diante a condição clínica que acomete a Autora (Num. 203850403 - Pág. 8).

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, a Autora **deverá ser acompanhado por médico especialista**, a fim de que sejam realizadas orientações e adaptações acerca da utilização dos referidos equipamentos, bem como ser submetido a **reavaliações clínicas periódicas**. Assim, informa-se que é responsabilidade da instituição supramencionada realizar o seu acompanhamento especializado para monitoramento da **oxigenoterapia, ou, em caso de impossibilidade, encaminhá-lo a uma outra unidade apta ao atendimento da demanda**.

No que tange, ao fornecimento do tratamento com **oxigenoterapia domiciliar** pleiteado **encontra-se coberto pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) na qual consta: **oxigenoterapia (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)⁹ – o que não se enquadra ao caso da Autora**. Entretanto, cabe esclarecer que, até o presente momento, no âmbito do município, do Estado do Rio de Janeiro e da União, não foram localizadas nenhuma forma de acesso pela via administrativa para o tratamento com **oxigenoterapia domiciliar e bem como não foram identificados outros equipamentos que possam configurar uma alternativa terapêutica**.

Acrescenta-se que em documento médico (Num. 203850403 - Pág. 8), foi relatado pela médica assistente que a Autora apresenta “...**saturação de 78%**...” e menciona “...**urgência**...”. Salienta-se que **a demora exacerbada no início do referido tratamento em regime domiciliar, pode influenciar negativamente no prognóstico em questão**.

Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹⁰ há Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para **hipertensão pulmonar**, que contempla o tratamento pleiteado. No qual consta recomendado: “...*Entre os pacientes com HAPI, foram identificados benefícios da oxigenoterapia apenas naqueles com hipoxemia em repouso ou durante exercício. O uso da oxigenoterapia contínua está indicada na presença de PaO₂ consistentemente menor ou igual a 60 mmHg ou SaO₂ menor ou igual a 90%, em repouso*...”¹¹.

Adicionalmente, no que tange ao registro, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, dos equipamentos para a **oxigenoterapia domiciliar contínua**. Todavia, no

⁸FRANÇA, R. S. de; BARROS, J. C. S. et al. Insuficiência Cardíaca Congestiva e suas Repercussões Hemodinâmicas: Revisão Integrativa. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 1236–1248, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n5p1236-1248. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2131>. Acesso em: 31 jul. 2025.

⁹ CONITEC. Recomendações sobre tecnologias avaliadas. Relatório nº 32. Disponível em:

<<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/Oxigenoterapia-DPOC-final.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2025.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt#i>>. Acesso em: 31 jul. 2025.

¹¹ Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Pulmonar. PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 18 DE JULHO DE 2023. <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portariaconjuntano10pcdt hipertensaopulmonar.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2025.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

que tange ao equipamento **cilindro de oxigênio**, as empresas fabricantes e envasadoras de gases medicinais não estão obrigadas a notificar ou registrar os gases medicinais, porém devem possuir o CBPF de gases medicinais, licença sanitária da autoridade sanitária local e autorizações de funcionamento, além de cumprir com as demais normas sanitárias¹².

É o parecer.

Ao 2º Juizado Especial de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

Elaborado pela equipe técnica do NATJUS-RJ.

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe

CRF-RJ 10.277

ID. 436.475-02

¹² ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regularização de produtos: gases medicinais. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/medicamentos/produtos/gases-medicinais/informacoes-gerais>>. Acesso em: 31 jul. 2025.