



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 669/2018

Vitória, 06 de maio de 2019

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
representada por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas da 1º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Aracruz - ES, requeridas pela MM Juiz Dra. Maristela Fachetti, sobre o procedimento: **Fornecimento de aparelho BIPAP SYNCRONY II, Nobreak, filtro umidificador, circuito com traqueia e válvula exalatória de suporte de vida.**

I- RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente, de 68 anos de idade, é portadora de Leucemia Mieloide Crônica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e encontra-se internada no setor UADC do Hospital São Camilo, em Aracruz, desde o dia 29/01/2019, sendo que poderia receber alta e continuar seu tratamento em casa, junto a seus familiares, porém, para que isso ocorra, é necessário o uso de BIPAP, visto que após diversas tentativas de desmame a Autora evoluiu com diminuição da expansividade torácica, ausculta pulmonar abolida bilateralmente, taquipneia, cianose central, dessaturação e rebaixamento de nível de consciência, sem possibilidade de respiração espontânea, devido ao risco de evoluir para parada respiratória e óbito. Diante do exposto, recorre a via judicial para conseguir tal equipamento.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

2. Às fls. 21 consta a Solicitação de Aparelho de Ventilação Mecânica, requerida pelo Dr. Ricardo S. Salla (médico, CRM-ES: 8621) e pela fisioterapeuta Milena S. S. De Araujo (CREFITO 15/166786-F), informando que a paciente [REDACTED] de 69 anos de idade, foi diagnosticada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e encontra-se internada no setor UADC do Hospital São Camilo desde o dia 29/01/2019, em assistência ventilatória mecânica (AVM) por traqueostomia, aguardando o BIPAP para alta hospitalar, visto que após diversas tentativas de desmame a Autora evoluiu com diminuição da expansividade torácica, ausculta pulmonar abolida bilateralmente, taquipneia, cianose central, dessaturação e rebaixamento de nível de consciência, sem possibilidade de respiração espontânea, devido ao risco de evoluir para parada respiratória e óbito. Foram realizadas mais de 15 tentativas de transição para a respiração espontânea, sem sucesso, pois a paciente não ventila sem a assistência ventilatória. Com isso, foi solicitado o aparelho BIPAP, nobreak, filtro umidificador, circuito com traqueia e válvula exalatória de suporte, sendo disponíveis no mercado o BIPAP SYNCRONY II.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **Lei 9.434/1997 (lei ordinária) 04/02/1997** dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

providências.

Art. 1º a disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou post mortem, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2º A realização de transplante ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

3. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

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 tabagismo é sua principal causa. 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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

indivíduo. Os principais sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônicos. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas. Nos países industrializados, 5%-10% da população adulta sofrem de DPOC.

2. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a DPOC é a quarta principal causa de morte, depois de infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular. Entre as principais causas de morte, é a única que está aumentando, prevendo-se que se torne a terceira em 2020, devido ao aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento e ao envelhecimento da população. Nos últimos 10 anos, DPOC foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde de pacientes com mais de 40 anos, com cerca de 200.000 hospitalizações e gasto anual aproximado de 72 milhões de reais.
3. O diagnóstico de DPOC é feito com base em sinais e sintomas respiratórios crônicos, na presença de fatores de risco para a doença, associados a distúrbio ventilatório irreversível de tipo obstrutivo à espirometria (relação volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF₁)/capacidade vital forçada (CVF) inferior de 0,70) após teste com broncodilatador (BD), em situação clínica estável.

DO TRATAMENTO

1. Para definição da melhor conduta terapêutica, deve-se avaliar a gravidade da doença, considerando-se o nível de comprometimento da função pulmonar, a intensidade dos sintomas e da incapacidade, a frequência das exacerbações e a presença de complicações como insuficiência ventilatória hipercápnica e cor pulmonale.
2. A base do tratamento medicamentoso são os broncodilatadores por via inalatória, os quais proporcionam alívio sintomático. Na presença de sintomas leves e intermitentes, recomendam-se preferencialmente os Broncodilatadores de curta ação (B₂CA) em esquema de administração conforme a necessidade.
3. Pacientes que desenvolvem insuficiência respiratória aguda (IRpA) têm sido tradicionalmente tratados com intubação traqueal e ventilação mecânica para correção



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

da hipoxemia e/ou acidose respiratória progressiva, ao mesmo tempo em que diminuem a dispneia e o esforço respiratório. Embora a ventilação mecânica invasiva (VMI) seja indicação absoluta em alguns casos de IRpA, tais como hipoxemia refratária, instabilidade hemodinâmica e queda do nível de consciência, a intubação traqueal é o fator de risco mais importante para pneumonia nosocomial e pode causar lesão de via aérea. A necessidade da VMI também pode gerar desconforto para o paciente, necessidade de sedativos e aumento do tempo de internação hospitalar. A ventilação não invasiva (VNI) provê um método alternativo de suporte à respiração do paciente e reduz as complicações relacionadas à intubação. Desde sua introdução na década de 80, o conhecimento e os recursos para utilização da VNI aumentaram substancialmente em pacientes críticos e atualmente, ela é considerada a primeira linha de tratamento da IRpA quando não há contraindicações. A maior diferença entre ventilação invasiva e não invasiva é que na VNI a liberação do gás na via aérea é feita via máscara ou "interface" em vez do tubo. Interfaces são dispositivos que conectam o circuito do ventilador à face do paciente e facilitam a entrada do gás pressurizado dentro da via aérea superior.

4. O uso da VNI na DPOC tem sido amplamente indicada devido a vários ensaios clínicos controlados e randomizados que suportam os benefícios encontrados durante a exacerbação dessa doença. Alguns autores demonstraram que há melhora rápida nos sinais vitais e troca gasosa, pH, redução da necessidade de intubação e diminuição da mortalidade e tempo de internação nesses pacientes. Com essas evidências, existe a recomendação de que a VNI seja primeira escolha na IRpA causada pela exacerbação da DPOC. Além disso, outro estudo demonstrou que a postergação da intubação em caso de falha da VNI não alterou o prognóstico nesse grupo de pacientes.
5. A Ventilação Não Invasiva (VNI) está recomendada para pacientes com incapacidade de manter ventilação espontânea (volume-minuto > 4Lpm, PaCO₂ <50mmHg e pH>7,25) e devem iniciar uso de VNI com dois níveis de pressão, com a pressão inspiratória suficiente para manter um processo de ventilação adequada, visando impedir a progressão para fadiga muscular e/ou parada respiratória. Pode-se usar VNI



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

em pacientes com rebaixamento de nível de consciência devido à hipercapnia em doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). A melhora da consciência deve ser evidente dentro de 1 a 2 horas após o início da VNI.

DO PLEITO

- 1. Fornecimento de aparelho BIPAP (bilevel positive pressure airway) SYNCRONY II, Nobreak, filtro umidificador, circuito com traqueia e válvula exalatória de suporte de vida**

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, a paciente [REDACTED] de 69 anos de idade, foi diagnosticada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e encontra-se internada desde o dia 29/01/2019, em assistência ventilatória mecânica (AVM) por traqueostomia, aguardando o BIPAP para alta hospitalar, visto que após diversas tentativas de desmame a Autora evoluiu com sinais clínicos que caracterizam a impossibilidade de respiração espontânea, sendo submetida a mais de 15 tentativas de desmame deste equipamento, porém, sem sucesso, pois a paciente não ventila sem a assistência ventilatória. Com isso, foi solicitado o aparelho BIPAP, nobreak, filtro umidificador, circuito com traqueia e válvula exalatória de suporte, sendo disponíveis no mercado o BIPAP SYNCRONY II.
2. Sabe-se que o Aparelho **BIPAP (bilevel positive pressure airway)** é um dos tipos de respiradores mecânicos usados no suporte ventilatório por pressão e que são tipicamente empregados para a ventilação não invasiva. Semelhante a um compressor, ele tem a capacidade de gerar um fluxo de ar para o paciente fazendo com que a pressão nas vias aéreas do indivíduo fique sempre positiva, evitando o colapso dos alvéolos, e **é indicado em casos de pacientes portadores de Doença**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

pulmonar avançada e está recomendado para pacientes com incapacidade de manter ventilação espontânea.

3. Diante do exposto, este NAT conclui que a paciente em tela tem indicação de ser submetida a ventilação não invasiva, com o uso do BIPAP. Ressaltamos também que a paciente se encontra em condições de Alta Hospitalar, estando apenas aguardando o fornecimento do equipamento pleiteado para sua saída, e entendemos que a demora em receber sua Alta deixa a paciente vulnerável a adquirir complicações relacionadas a internação, além de ocupar uma vaga que poderia ser utilizada por outro paciente que necessita de tal recurso.
4. O fornecimento de BIPAP (bilevel positive pressure airway) não foi encontrado na tabela de procedimentos do SUS. Porém, informamos que está em vigor o Decreto N° 4008-R, de 26 de agosto de 2016, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 30/8/2016, disciplinando procedimentos adotados por médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde – SESA. O Artigo 2º cuida de procedimentos e medicamentos não padronizados pelo SUS. A justificativa técnica deverá ser apresentada por meio de ferramenta informatizada.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico - NAT

REFERÊNCIAS

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Ministério da Saúde - Doença pulmonar obstrutiva crônica, disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-pulmonar-obs-cronica-livro-2013.pdf>

Rev Bras Ter Intensiva, 2014, Recomendações brasileiras de ventilação mecânica - Parte I, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n2/0103-507X-rbti-26-02-0089.pdf>