



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

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0351/2018

Rio de Janeiro, 07 de maio de 2018.

Processo nº 0041350-66.2018.4.02.5101  
ajuizado por [REDACTED]

[REDACTED] representada por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 23ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao pedido de transporte.

## I – RELATÓRIO

1. De acordo com documentos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (fls. 28-30) e Formulário Médico da Defensoria Pública da União (fls. 42-46), emitidos em 11 e 17 de outubro de 2017, por [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]) e [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), a Autora apresenta **hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus insulino-dependente, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal crônica**, tendo iniciado hemodiálise, em 23 de agosto de 2017, 3x/semana. À época estava internada com condições de alta hospitalar, no entanto, necessitava de vínculo com clínica de diálise satélite próxima a seu domicílio para dar continuidade ao tratamento em nível ambulatorial. Caso não realize a hemodiálise poderá evoluir com uremia cujas complicações são hemorragia, vômito, sobrecarga de volume e morte.

2. Foram citadas as Classificações Internacionais de Doenças (CID-10): **N18** – Insuficiência renal crônica; **N18.0** – Doença renal em estágio final; **I50.0** – Insuficiência cardíaca congestiva; **E10** – Diabetes mellitus insulino-dependente; **E03.9** – Hipotireoidismo não especificado; **I10** – Hipertensão essencial (primária); e, prescritos: Levotiroxina 75mcg (Puran® T4); Enalapril 5mg; Bisoprolol 2,5mg; Ácido Acetilsalicílico 100mg (AAS®); Atorvastatina 20mg; Ácido Fólico 5mg; e, Insulina NPH.

3. Em documentos do Centro Nefrológico Carioca (fls. 55 e 65), emitidos em 10 de março e 18 de abril de 2018, por [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]) e [REDACTED] (CREMERJ [REDACTED]), é declarado que a Autora apresenta **hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal crônica fase 5D**, sendo esta última irreversível por falência da função renal, tornando-a dependente de hemodiálise. Para sua sobrevivência está em tratamento de **hemodiálise, 3x/semana, as segundas, quartas e sextas-feiras, 4h/sessão**, por tempo indeterminado. Possui acesso vascular (cateter de longa permanência em veia femoral direita) para as sessões, o que dificulta sua locomoção e impossibilita o uso de transporte público. A Requerente informa que não possui condições financeiras de custear o transporte em automóvel (táxi). Foram citadas as Classificações Internacionais de Doenças (CID-10): **I12.0** – Doença renal hipertensiva com insuficiência renal; **N18.0** – Doença renal em estágio final.



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

**II – ANÁLISE**

**DA LEGISLAÇÃO**

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e suas atualizações, 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.
2. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, também dispõe, dentre outros assuntos, da organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.
3. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e suas atualizações, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
4. A Resolução CIT/GM/MS nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS.
5. A Portaria GM/MS nº 2.563, de 3 de outubro de 2017, regulamenta a aplicação de recursos de programação para financiamento do Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do Sistema Único de Saúde.
6. A Portaria GM/MS nº 565, de 9 de março de 2018, regulamenta a aplicação das emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde - SUS no exercício de 2018, nos termos do art. 38, § 6º, inciso II, da Lei nº 13.473, de 8 de agosto de 2017, e dá outras providências.

**DA PATOLOGIA**

1. A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** de longa data não controlada, gera uma hipertrofia ventricular esquerda, que é um fator comum na gênese da insuficiência cardíaca.<sup>1</sup> A **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, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente 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  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg<sup>2</sup>.
2. A **insuficiência cardíaca (IC)** é uma síndrome clínica definida pela disfunção cardíaca que causa suprimento sanguíneo inadequado para as demandas metabólicas dos tecidos. Cerca de 60% dos casos de IC ocorrem por um déficit na contratilidade ventricular (disfunção sistólica) sendo a disfunção diastólica responsável pelos 40% restantes. A disfunção

<sup>1</sup> PEREIRA FILHO, W.C.; et al. Como prevenir a insuficiência cardíaca congestiva. Revista APS, v.6, n.1, p.48-50, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoC.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>2</sup> Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010, 57 p. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em: 7 mai. 2018.



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

diastólica é definida como a IC em que o paciente apresenta função sistólica normal, ou seja, fração de ejeção ao ecocardiograma superior a 45%.<sup>3</sup>

3. A **diabetes mellitus** (DM) é um fator de risco independente para o desenvolvimento de insuficiência cardíaca.<sup>1</sup> A DM consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino dependente e DM não insulino dependente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. Os fatores causais dos principais tipos de DM são: genéticos, biológicos e ambientais e ainda não são completamente conhecidos. A classificação proposta por esta Diretriz é: Diabetes *mellitus* tipo 1 A e B (DM1), LADA (*latent autoimmune diabetes in adults*), diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), diabetes *mellitus* gestacional (DMG) e outras formas de Diabetes (MODY - *Maturity-Onset Diabetes of the Young*, diabetes neonatal, diabetes induzido por medicamentos ou agentes químicos, doenças do pâncreas exócrino e defeitos genéticos na ação da insulina)<sup>4,5</sup>.

4. A HAS e o DM são os principais grupos de risco para o desenvolvimento da **doença renal crônica** (DRC).<sup>6</sup> A **DRC** é definida como uma síndrome na qual ocorre a perda irreversível e progressiva das funções glomerular, tubular e endócrina dos rins. Pessoas com filtração glomerular (FG) < 60mL/min/1,73m<sup>2</sup> por três meses ou mais, com ou sem lesão renal são classificadas como tendo DRC ou ainda, nos casos com FG > 60mL/min/1,73m<sup>2</sup> e presença de um marcador de lesão da estrutura renal, por exemplo a albuminúria. As fases de redução nas funções renais são classificadas em estágios de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG), sendo o estágio 5 caracterizado pela DRC terminal ou dialítica.<sup>7</sup>

5. O **hipotireoidismo** é definido como um estado clínico resultante de quantidade insuficiente de hormônios circulantes da glândula tireoide para suprir uma função orgânica normal. A forma mais prevalente é a doença tireoideana primária, denominada de hipotireoidismo primário e ocasionado por uma falência da própria glândula, mas também pode ocorrer hipotireoidismo devido a doença hipotalâmica ou hipofisária (denominado hipotireoidismo central).<sup>8</sup>

## DO PLEITO

1. O **transporte sanitário eletivo** é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio

<sup>3</sup> Prefeitura Da Cidade Do Rio De Janeiro, Protocolo de Insuficiência Cardíaca (IC). Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111925/insuficiencia.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>4</sup> Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>5</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016), São Paulo. AC Farmacêutica. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>6</sup> TRAVAGIM, D.S.A./ et al. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):291-7. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a21.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>7</sup> TRAVAGIM, D.S.A. Prevenção da doença renal crônica: intervenção na prática assistencial em uma equipe de saúde da família. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05112012-162300/publico/DARLENESUELLENANTEROTRAVAGIM.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

<sup>8</sup> Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Associação Brasileira de Psiquiatria. Hipotireoidismo: Diagnóstico. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. 31 de janeiro de 2011. Disponível em: <<http://diretrizes.amb.org.br/ans/hipotireoidismo-diagnostico.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.



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

município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação.<sup>9</sup>

### III – CONCLUSÃO

1. Em atenção ao pedido de esclarecimentos quanto à existência de política pública sanitária prevendo o transporte sanitário eletivo (fls. 71-75), seguem as informações.
2. O **transporte sanitário eletivo** é a modalidade ofertada pelo SUS que engloba o pedido da Autora, ou seja, um deslocamento programado para realizar procedimento eletivo, de caráter não urgente, regulado, agendado, no próprio município de residência, não requerendo assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo.<sup>9,10</sup>
3. Essa modalidade de transporte é voltada ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento, como o caso da Requerente. Deve ser realizada por veículos tipo lotação: micro-ônibus, vans, embarcações.<sup>9,10</sup>
4. Considerando o exposto, observa-se que a Autora **está dentro dos parâmetros legais para obtenção do pleito**, transporte sanitário eletivo, na medida em que é para realizar procedimento eletivo (hemodiálise), não urgente, regulado, agendado, dentro do município de residência.
5. Ademais, sabendo que a Requerente possui **acesso vascular (cateter de longa permanência em veia femoral direita)** para as sessões de hemodiálise, o que dificulta sua locomoção e impossibilita o uso de transporte público (fls. 55 e 65); e, relata não possuir recursos para custear um transporte particular (fls. 65); **o transporte sanitário eletivo está indicado** para este caso.
6. Os recursos de programação para financiamento do transporte sanitário eletivo serão destinados ao financiamento de veículos componente de projetos técnicos de implantação do transporte sanitário eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS, elaborados dentro de políticas estaduais, do Distrito Federal e municipais de sistemas de transporte em saúde e previstos no planejamento regional integrado, conforme estabelecido no art. 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.<sup>11</sup>
7. A apresentação de proposta deverá ser realizada por meio do acesso do gestor de saúde do Distrito Federal ou municipal ao Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas do Fundo Nacional de Saúde. A destinação e o custeio fixo e variável dos veículos adquiridos são de responsabilidade do ente beneficiado.<sup>11</sup>
8. O dimensionamento do serviço de transporte sanitário eletivo deve observar as necessidades e especificidades do território, e aplicar os parâmetros de planejamento e programação estabelecidos em função das necessidades de saúde da população e de acordo com a oferta de serviços e pactuação no âmbito das respectivas Comissões Intergestores Bipartite.<sup>12</sup>
9. Uma das diretrizes para a organização do transporte sanitário eletivo é decidir sobre as formas de cooperação e organização dos municípios beneficiados, com definição de

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT/MS nº 13, de 23 de fevereiro de 2017.

<sup>10</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Transporte Sanitário Eletivo. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2326](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2326)>. Acesso em: 3 mai. 2018.

<sup>11</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.563, de 3 de outubro de 2017.

<sup>12</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017.



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

papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, definição de mecanismos, regras e formas de financiamento para os investimentos de capital e custeio, necessários para garantir a sustentabilidade do serviço.<sup>12</sup>

10. Nesse sentido, a Programação Pactuada Integrada (PPI) planeja a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A PPI reorienta a alocação de recursos e redefine os limites financeiros para todos os municípios do estado. O principal objetivo da PPI é efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o plano diretor de regionalização (PDR) e as redes assistenciais. Atualmente um dos principais desafios da regulação no âmbito do estado é o transporte sanitário eletivo.<sup>13</sup>


11. Em consulta as Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado do Rio de Janeiro<sup>14</sup> não foi encontrada a pactuação do projeto técnico de implantação do transporte sanitário eletivo, ou proposta de emenda parlamentar, para aquisição de equipamento e material permanente, destinada a atender o Município do Rio de Janeiro, onde reside a Autora. Tais informações tampouco foram encontradas no portal eletrônico da Prefeitura do Rio de Janeiro.<sup>15</sup>


12. No entanto, de acordo com as legislações sanitárias que versam sobre o tema, **o acesso ao transporte sanitário eletivo é de competência municipal.**

13. Por fim, reitera-se o relato advocatício (fls. 63) de que os medicamentos inicialmente pleiteados Levotiroxina 75mcg (Puran<sup>®</sup> T4), Enalapril 5mg, Bisoprolol 2,5mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg (AAS<sup>®</sup>), Atorvastatina 20mg, Ácido Fólico 5mg, e, Insulina NPH; além de transferência para clínica de diálise satélite próxima a residência da Autora “não são mais necessários”, porque já foram disponibilizados.

É o parecer.

À 23ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

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

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

<sup>13</sup> GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Planejamento Regional Metropolitana I. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NjM1MA%2C%2C>>. Acesso em: 3 mai. 2018.

<sup>14</sup> GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib.html>>. Acesso em: 4 mai. 2018.

<sup>15</sup> PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/>>. Acesso em: 7 mai. 2018.