



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 1117/2021

Rio de Janeiro, 11 de novembro de 2021.

Processo nº 5115648-36.2021.4.02.5101,
ajuizados por [REDACTED]
[REDACTED], representado por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **28ª Vara Federal do Rio de Janeiro**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto à **transferência** para unidade privada localizada **em Brasília - DF (tratamento fora do domicílio) ou serviço de internação domiciliar (home care)**.

I – RELATÓRIO

1. Para emissão deste Parecer Técnico, foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados ao processo.
2. De acordo com documentos médicos (Evento 1, LAUDO6, Páginas 2 a 25), emitidos em 14 e 29 de setembro de 2021, em impressos próprios, pelo médico [REDACTED], o Autor se encontra internado no Instituto Nacional do Câncer após complicações pós-glossectomia parcial esquerda por **carcinoma escamoso de língua**, desde 11 de fevereiro de 2021. Atualmente, o Autor apresenta **encefalopatia anóxica** devido parada cardiorrespiratória, com sequelas neurológicas irreversíveis e incapacidade permanente, **traqueostomia, gastrostomia, atrofia muscular** nos membros superiores e inferiores, pequenas **escaras em região glútea e coccígea** e **incontinência urinária e fecal** total, necessitando de uso contínuo de fraldas. Tem indicação imediata de **internação domiciliar**, pois apresenta dependência total para atividades da vida diária, longa permanência hospitalar, aumentando risco de infecção hospitalar, necessita de técnicos de enfermagem 24 horas por dia com supervisão e avaliação por enfermeiro (a cada 2 dias). Necessita de aparelhos eletrônicos (para manutenção da vida), visita médica semanal (clínico geral, neurologista e fisiatra), fonoaudiologia (3 vezes por semana), fisioterapia motora e respiratória (sete vezes por semana) e nutricionista (mensalmente). Solicitados: equipamentos, dieta enteral, insumos e fraldas descartáveis.
3. Segundo documento médico do Instituto Nacional do Câncer (Evento 1, LAUDO6, Página 24), emitido em 17 de setembro de 2021, pela médica [REDACTED] (0), o Autor, foi admitido nesta instituição, no serviço de cirurgia de cabeça de pescoço, com diagnóstico de **carcinoma escamoso de língua**, submetido à glossectomia parcial esquerda e esvaziamento cervical dos níveis I, II e III, em 15 de março de 2021. Atualmente, o Autor, encontra-se acamado, com **traqueostomia**, dieta enteral via **gastrostomia**, estável hemodinamicamente, **sem previsão de alta**. Foi informado que a ferida operatória do Autor se encontra completamente cicatrizada, sem evidência de doença neoplásica em atividade e sem indicação de complementação. Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID-10) **C02.1 – Neoplasia maligna da borda da língua** e **G93.1 – Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte**.



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 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. O Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS.
4. O Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
5. A Portaria nº 140/SAS/MS de 27 de fevereiro de 2014 redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. A Portaria nº 346/SAS/MS de 23 de junho de 2008 mantém os formulários/instrumentos do subsistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais (APAC-SAI) na sistemática de autorização, informação e faturamento dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia.
7. O Capítulo VII, do Anexo IX, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (...).
8. A Deliberação CIB-RJ nº 4609, de 05 de julho de 2017, pactua o Plano Oncológico do Estado do Rio de Janeiro, com vigência de 2017/2021, e contém os seguintes eixos prioritários: promoção da saúde e prevenção do câncer; detecção precoce/diagnóstico; tratamento; medicamentos; cuidados paliativos; e, regulação do acesso.
9. A Deliberação CIB-RJ nº 5892, de 19 de julho de 2019, pactua as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.
10. A Deliberação CIB-RJ nº 4004, de 30 de março de 2017, pactua, *ad referendum*, o credenciamento e habilitação das unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em adequação a Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014, e a Portaria GM/MS nº 181, de 02/03/2016, que prorroga o prazo estabelecido na portaria anterior para 28/02/2016.
11. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:



I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

12. A Resolução SES Nº 1325 de 29 de dezembro de 2015 regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio interestadual no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Secretaria de estado do Rio de Janeiro. O Secretário de Estado de Saúde, no exercício de suas atribuições legais, considerando a Portaria SAS nº 055 de 24/02/1999, que dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências¹, resolve:

Art. 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em tratamento fora de domicílio (TFD) interestadual somente será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento na rede pública credenciada, contratada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS no estado onde reside o requerente.

§ 1º - O TFD interestadual somente será concedido às solicitações provenientes da rede pública credenciada, contratada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde, exclusivamente para tratamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§2º - O TFD interestadual somente será concedido para tratamentos/procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde, salvo em situações excepcionais cuja inscrição nesse programa será analisada pela Comissão de Acompanhamento do Tratamento Fora de Domicílio da Secretaria de Estado de Saúde.

§3º - As despesas relativas ao deslocamento de pacientes para TFD interestadual serão cobradas por intermédio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM – SIGTAP do Sistema Único de Saúde, observado o teto financeiro do Estado.

Art. 2º - A solicitação de inscrição no Programa de TFD Interestadual deverá ser prévia ao deslocamento do paciente do estado até a Unidade Assistencial de destino.

Parágrafo Único - As despesas decorrentes de deslocamentos de pacientes não inscritos previamente no Programa de TFD interestadual não serão objeto de ressarcimento pelo Estado.

Art. 3º - O TFD interestadual deverá ser solicitado por Unidades de Referência do Sistema Único de Saúde, através de laudo do médico especialista na área assistencial do caso.

Art. 4º - A solicitação para TFD interestadual deverá ser formalizada através do formulário “Laudo Médico para Tratamento Fora de Domicílio Interestadual” (anexo

¹ GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. Resolução SES nº 156/2011. Disponível em: <<http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/cataluolucoes/4029-resolucao-ses-n-1325-de-29-de-dezembro-de-2015.html>>. Acesso em: 08 nov. 2021.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

D), justificando as razões que impossibilitem a realização do tratamento/procedimento no estado.

Art. 6º - O TFD interestadual somente será autorizado quando houver comprovante de agendamento de consulta na Unidade de destino da rede pública credenciada, contratada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde mais próxima do município de residência do paciente.

Art. 7º - O auxílio pecuniário concedido para o TFD interestadual refere-se ao custeio das seguintes despesas:

I - transportes aéreo, terrestre ou fluvial, em conjunto ou separadamente; para paciente e acompanhante, se houver;

II - alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, se houver; III - preparação e traslado do corpo em caso de óbito em TFD interestadual.

Art. 8º - O paciente e/ou acompanhante receberá, para cada deslocamento, recurso financeiro para:

a) transporte interestadual (ida e volta);

b) transporte do local de desembarque terrestre ou aéreo à Unidade Assistencial de destino e da Unidade Assistencial de destino até o local de embarque terrestre ou aéreo e,

c) ajuda de custo para alimentação/pernoite correspondente ao período de permanência de 06 (seis) dias.

Parágrafo único - O valor da ajuda de custo para alimentação/pernoite do paciente será equivalente a 3% do menor piso salarial regional vigente no Estado do Rio de Janeiro, e quando houver acompanhante este receberá ajuda de custo no mesmo valor.

Art. 9º - Quando houver a indicação comprovada de permanência prolongada em tratamento, de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos pelas Unidades Assistenciais de destino, poderá ser concedida ajuda de custo para alimentação/pernoite complementar, obedecendo ao limite máximo de 30 (trinta), renováveis a cada 30 dias, mediante a comprovação das despesas junto ao Fundo Estadual de Saúde:

Art. 10 - O auxílio para TFD interestadual nos casos de tratamentos contínuos que demandem consultas/procedimentos subsequentes, somente será concedido com intervalo mínimo de 07 (sete) dias de acordo com o art. 8º desta Resolução.

Art. 11 - As despesas decorrentes de deslocamento sem autorização prévia da equipe médica do TFD interestadual não serão ressarcidas, salvo em situação de urgência/emergência devidamente comprovada através de relatório médico emitido pela Unidade Assistencial de destino ou convocação para transplante de órgãos ou tecidos.

Art. 12 - As despesas previstas nesta resolução deverão ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária da Secretaria de Estado de Saúde, e os critérios a valores terão como referência o menor piso salarial regional vigente para o Estado do Rio de Janeiro, acompanhando os reajustes definidos em lei pelo Poder Executivo Estadual.



Art. 13 - Para a concessão do auxílio para TFD interestadual, não serão aceitos documentos com rasuras.

Art. 14 - O paciente beneficiário do TFD interestadual cujo tratamento esteja disponibilizado em uma das Unidades de Referência do SUS no estado do Rio de Janeiro será reencaminhado ao seu município de origem, a fim de que seja avaliada a possibilidade de inserção na Rede SUS.

Art. 16 - O paciente ou seu representante legal deverá prestar conta, dos valores das concessões deferidas, ao Fundo Estadual de Saúde da Secretaria de Estado em até 30 (trinta) dias após a consulta/procedimento, sob pena de total devolução da quantia adiantada ou de não ressarcimento.

13. 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.

DO QUADRO CLÍNICO

1. **Câncer** é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente,



estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas².

2. O **câncer de boca** (também conhecido como câncer de lábio e cavidade oral) é um tumor maligno que afeta lábios, estruturas da boca, como gengivas, bochechas, céu da boca, **língua** (principalmente as bordas) e a região embaixo da língua. É mais comum em homens acima dos 40 anos, sendo o quarto tumor mais frequente no sexo masculino na região sudeste. A maioria é diagnosticada em estágios avançados. A parte posterior da língua, as amígdalas e o palato fibroso fazem parte da região chamada orofaringe e seus tumores têm comportamento diferente do câncer de cavidade oral³. Os fatores que podem levar ao câncer de boca são o vício de fumar cachimbos e cigarros, consumo de álcool, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal ajustadas. O principal sintoma deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical são sinais de câncer de boca em estágio avançado⁴.

3. A **Encefalopatia Anóxica** é um transtorno caracterizado por uma redução no suprimento de oxigênio encefálico devido a anoxemia (quantidade reduzida de oxigênio sendo transportado no sangue pela hemoglobina), ou a uma restrição do suprimento sanguíneo ao encéfalo, ou ambos. A hipóxia grave refere-se a anóxia e é uma causa relativamente comum de lesão ao sistema nervoso central. A anóxia encefálica prolongada pode levar à morte encefálica ou a um estado vegetativo permanente⁵.

4. A **glossectomia** é a excisão cirúrgica parcial ou total da língua⁶. A glossectomia pode causar problemas funcionais por desempenhar papel fundamental na deglutição e na fala. O comprometimento dessas funções está atrelado à extensão e localização da ressecção, à função da língua remanescente, ao estadiamento do tumor e ao comprometimento dano ganglionar⁷.

5. A **traqueostomia** consiste na abertura da parede anterior da traqueia comunicando-a com o meio externo. Está indicada em situações em que existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada⁸.

6. **Gastrostomia** é um procedimento cirúrgico indicado como via de drenagem do conteúdo gástrico ou como via de infusão de alimentação e medicamentos, que consiste na fixação

² BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. O que é câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Câncer de Boca. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

⁴ Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas - FCECON. Câncer de boca. Disponível em: <<http://www.fcecon.am.gov.br/cancer/cancer-de-boca/>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

⁵ Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descrição de encefalopatia anóxica. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/fr/ths/resource/?id=2571&filter=ths_termall&q=encefalopat%C3%ADa%20hipoxica&lang_another=pt-br>. Acesso em: 08 nov. 2021.

⁶ Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descrição de glossectomia. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=E04.545.380>. Acesso em: 08 nov. 2021.

⁷ Scielo. BURLET, M. L. et al. Deglutição e fala de pacientes submetidos à glossectomia devido ao câncer de língua: relato de casos. Audiol. Commun. Res. 2020; 25: e 2183. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/acr/a/fqg6ZJzH77qNYpFwG9DPqwK/?format=pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

⁸ RICZ, H. M. A.; et al. Traqueostomia. Simpósio: Fundamentos em clínica cirúrgica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 63-69. 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47337>>. Acesso em: 08 nov. 2021.



de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea⁹.

7. A **úlcera por pressão (UP)**, também denominada escara, é definida como qualquer lesão causada por pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção que podem resultar em morte tecidual, sendo frequentemente localizada na região das proeminências ósseas, que além de ocasionar dano tissular, pode provocar inúmeras complicações e agravar o estado clínico de pessoas com restrição na mobilização do corpo¹⁰.

8. O termo **incontinência** (liberação esfinteriana) significa a incapacidade de conter. No campo da saúde, a incontinência refere-se à eliminação involuntária do corpo que pode ser da **urina**, denominada incontinência urinária (IU) ou da matéria fecal denominada incontinência **fecal** (FI). A incontinência é uma condição heterogênea e potencialmente incapacitante, com alta prevalência em pessoas com doença crônica (DC), que é difícil de curar, mas pode ser tratada e melhorada¹¹.

9. A **atrofia muscular** é o distúrbio do tamanho e número de fibras musculares, que ocorre como passar dos anos e com a redução do suprimento sanguíneo, ou seguido à imobilização, magreza prolongada, desnutrição e particularmente na desnervação¹².

DO PLEITO

1. O **Tratamento Fora de Domicílio (TFD)**, instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, é o instrumento legal que viabiliza o encaminhamento de pacientes portadores de doenças não tratáveis em seu município/estado de origem a outros municípios/estados que realizem o tratamento necessário. O **TFD** consiste em uma ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhado por ordem médica a unidades de saúde de outro município/estado, limitada ao período estritamente necessário ao tratamento e aos recursos orçamentários existentes¹³.

2. O termo **home care** é utilizado para se referir ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde. Outros termos também podem ser utilizados, como: visita domiciliar programada, internação domiciliar, assistência domiciliar ou atenção domiciliar. O que diferencia os referidos termos é a complexidade do cuidado prestado, a

⁹ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1447>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

¹⁰ MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. de F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v.43, n.1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/29.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

¹¹ Scielo. HERRERA, B. S. Et al. Incontinência e doença crônica. Aquichan vol.13 no.3 Bogotá sep./dic. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300010&lng=es&nrm=is&tlng=es>. Acesso em: 08 nov. 2021.

¹² Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Atrofia muscular. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=C10.597.613.612>. Acesso em: 08 nov. 2021.

¹³ GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. Atenção à Saúde. Atenção Especializada, Controle e Avaliação. Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/atencao-especializada-controle-e-avaliacao/tfd-sobre-o-tfd>>. Acesso em: 08 nov. 2021.



utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente^{14,15}.

III – CONCLUSÃO

1. Em síntese, trata-se de Autor internado no INCA, submetido a tratamento para **câncer de língua**, com evolução para **encefalopatia anóxica** devido à parada cardiorrespiratória após cirurgia de glossectomia. No momento encontra-se sem evidência de doença neoplásica em atividade, sem indicação de complementação e **sem previsão de alta** (Evento 1, LAUDO6, Página 24), solicitando o fornecimento de **transferência** para unidade privada localizado **em Brasília - DF (tratamento fora do domicílio) ou serviço de internação domiciliar (home care)** (Evento 1, INIC1, Página 42).

2. Inicialmente, cumpre destacar que dos dois documentos médicos mais recentes analisados, ambos oriundos do INCA, divergem em seu teor, no que tange as necessidades atuais do Autor. Uma vez que, nos documentos médicos emitidos em 14 e 29 de setembro de 2021, o Autor se encontra **internado** no Instituto Nacional do Câncer tem indicação imediata de **internação domiciliar**, pois apresenta dependência total para atividades da vida diária. Já o documento oriundo do Instituto Nacional do Câncer, emitido em 17 de setembro de 2021, o Autor foi admitido nesta instituição, no serviço de cirurgia de cabeça de pescoço, **sem previsão de alta**.

3. Dessa forma, ressalta-se que os documentos supraditos mencionam a possibilidade de alta hospitalar com pedido de serviço domiciliar, bem como no segundo documento consta que não há previsão de alta hospitalar do INCA.

4. Diante o exposto, **recomenda-se que seja questionado sobre qual a necessidade atual do Autor, bem com quais as possibilidades do Autor junto ao INCA.**

5. Considerando os pedidos iniciais, informa-se que o **Tratamento Fora de Domicílio (TFD)** é regulamentado pela Resolução **SES N° 1325 de 29 de dezembro de 2015**, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, que determina:

- *“Art. 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em tratamento fora de domicílio (TFD) interestadual somente será permitido **quando esgotados todos os meios de tratamento na rede pública credenciada, contratada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS no estado onde reside o requerente.**”*

- *§ 1º - O TFD interestadual somente será concedido às solicitações provenientes da rede pública credenciada, contratada ou conveniada ao Sistema Único de Saúde, exclusivamente para tratamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.”*

6. Assim, considerando que o Autor é **residente no estado do Rio de Janeiro** (Evento 1, INIC1, Página 2), que a presente demanda está no bojo do procedimento de atendimento de saúde para **encefalopatia anóxica** por seqüela de tratamento para **neoplasia maligna da borda da língua** e que em consonância com o regulamento do SUS, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (**Deliberação CIB n° 4.004, de 30 de março de 2017**), **o Estado do Rio de Janeiro conta**

¹⁴ KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2021.

¹⁵ FABRICIO, S. C. C.; et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2021.



com uma Rede de Alta Complexidade Oncológica (ANEXO I)¹⁶, informa-se que o Tratamento fora do Domicílio (TFD) **não está indicado** ao caso do Autor. Acrescenta-se que, não foi possível avaliar qual a especialidade da unidade de saúde em Brasília.

7. Quanto ao **serviço de internação domiciliar (*home care*)**, elucida-se que o documento do Instituto Nacional do Câncer (INCA) (Evento 1, LAUDO6, Página 24), informa que o Autor encontra-se **internado, sem previsão de alta e não solicitando o Serviço de Home Care para o Autor.**

8. Caso haja necessidade do serviço de ***home care*** para o Autor, **para a alta hospitalar**, sugere-se que seja acostado ao processo documento médico legível, datado, atualizado, com identificação do profissional médico emissor, informando que o Autor já se encontra **apto a alta hospitalar**, contendo o seu quadro clínico atual e suas necessidades terapêuticas.

9. Quanto à **disponibilização** do Serviço de **Home Care** no âmbito do SUS, ressalta-se que o mesmo **não é disponibilizado** em nenhuma lista oficial de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

10. Ressalta-se que o ***home care*** corresponde ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio, ou seja, é uma assistência à saúde multiprofissional exclusivamente no domicílio realizado por profissionais da equipe interdisciplinar, como uma espécie de internação domiciliar. Já o **serviço de atenção domiciliar** é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Trata-se de visitas técnicas pré-programadas e periódicas de profissionais de saúde, cujo objetivo principal é a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado, capacitando o cuidador para oferecer os cuidados diários do usuário.

11. Assim, como alternativa ao serviço de “***home care***”, **no âmbito do SUS**, existe o **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**, instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (última atualização - Portaria Nº 2.976, de 18 de setembro de 2018), na qual em seus artigos 547 e 548, relacionam os profissionais que compõem suas equipes tais quais: **médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar/técnico de enfermagem**, assistente social, **fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico**, configurando **equipe multidisciplinar**, que constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”.

12. Elucida-se que, caso seja fornecido o ***home care***, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA**, o **serviço de home care**, seja público ou privado, **deve fornecer todos os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.**

13. Ratifica-se 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. Desta forma, o relatório de avaliação pelo SAD se faz imprescindível, uma vez que, confirmadas as necessidades atuais do Autor, com base no citado

¹⁶Deliberação CIB nº 4.004 de 30 de março de 2017. Pactuar “ad referendum” o credenciamento e habilitação das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON, nas unidades abaixo listadas, em adequação a Portaria GM/MS nº 140 de 27/02/2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/abril2017/dia10/delib4004.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2021.



relatório poderá ser definido **sua inclusão (ou não)** para atendimento/assistência e acompanhamento pelo SAD.

14. Salienta-se que em documento médico (Evento 1, INIC1, Página 12) é descrito que o Autor necessita de assistência de **enfermagem 24h**. Insta elucidar que tal suporte configura um dos **critérios de exclusão** do tratamento domiciliar, expostos no artigo 26 da Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013 que institui o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do SUS.

15. Foram realizadas consultas junto às plataformas da Secretaria Municipal de Saúde – Transparência do SISREG Ambulatorial e Sistema Estadual de Regulação (SER), contudo, não foi encontrado solicitação de atendimento para o Autor referente à presente demanda.


16. Quanto à solicitação da Defensoria Pública da União do Rio de Janeiro (Evento 1, INIC1, Página 43, item “*DOS PEDIDOS*”, subitem “*a*”) referente ao fornecimento de “... *todo e qualquer outro tratamento, medicamento, material e exames necessários à manutenção de sua vida e sua saúde...*” vale ressaltar que não é recomendado o provimento de novos itens sem emissão de laudo que justifique a necessidade destes, uma vez que o uso irracional e indiscriminado de tecnologias pode implicar em risco à saúde.

É o parecer.

À 28ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

**MONÁRIA CURTY NASSER
ZAMBONI**
Nutricionista
CRN4: 01100421

VIRGINIA GOMES DA SILVA
Enfermeira
COREN/RJ 321.417
ID. 4.455.176-2


ALINE PEREIRA DA SILVA
Farmacêutica
CRF- RJ 13065
ID. 4.391.364-4

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