

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

LAURA LUSTOSA DE SÃO PEDRO

DESAFIOS E ASPECTOS CRÍTICOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO  
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD) NO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE (SUS).

Joinville

2025

LAURA LUSTOSA DE SÃO PEDRO

DESAFIOS E ASPECTOS CRÍTICOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO  
FORA DO DOMICÍLIO (TFD) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Monografia apresentada ao  
Curso Superior de Tecnologia  
em Gestão Hospitalar do  
Campus  
Joinville do Instituto Federal  
de  
Santa Catarina para a  
obtenção do diploma de  
Tecnólogo em Gestão  
Hospitalar.

Orientador: Fernando Soares  
da Rocha Júnior, Dr.

Joinville

2025

São Pedro, Laura Lustosa de.

Desafios e aspectos críticos na implementação do tratamento fora do domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS) / Laura Lustosa de São Pedro. – Joinville, SC, 2025.

56 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso Superior de tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2025.

Orientador: Fernando Soares da Rocha Junior

1. Tratamento fora do domicílio. 2. SUS. 3. Desafios enfrentados. 4. Acesso à Saúde. 5. Política Pública. I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

LAURA LUSTOSA DE SÃO PEDRO

DESAFIOS E ASPECTOS CRÍTICOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO  
FORA DO DOMICÍLIO (TFD) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em  
Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de  
Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo  
indicada:

Joinville, 13, de novembro de 2025.

---

Prof. Fernando Soares

da Rocha Junior, Dr

Orientador

Instituto Federal de Santa Catarina

---

Prof. Marcio Tadeu da Costa, Me.

Instituto Federal de Santa Catarina

---

Prof. Roni Anderson Schiochet, Esp.

Instituto Federal de Santa Catarina

A saúde é direito de todos e o dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

## RESUMO

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é um mecanismo do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante o acesso a serviços especializados em outros municípios quando o atendimento não está disponível na cidade de origem. Esta pesquisa analisou os desafios do programa com base em 13 produções científicas publicadas entre 2013 e 2024. O levantamento mostrou que 8 dos 14 estudos (57,14%) apontaram como principal problema o atraso ou a insuficiência da ajuda de custo destinada à alimentação e hospedagem de pacientes e acompanhantes. Também se destacaram, de forma recorrente, a falta de informação sobre o direito ao TFD, carência de profissionais, estrutura inadequada nas cidades de referência, transporte precário, desigualdade regional na oferta do serviço e limitações orçamentárias municipais. Os achados indicam que o TFD, embora cumpra papel fundamental na garantia do direito à saúde, ainda funciona de forma desigual no território brasileiro, revelando fragilidades na regionalização e no financiamento do SUS. Além das dificuldades financeiras, a pesquisa evidenciou impactos sociais, emocionais e familiares decorrentes dos deslocamentos, sobretudo para populações de baixa renda e residentes em áreas rurais. A pesquisa ainda revela que a efetividade do TFD depende da ampliação da rede de média e alta complexidade, da regularização dos repasses financeiros, da transparência nos critérios de concessão e da atuação multiprofissional qualificada, assegurando um direito previsto na Constituição, mas ainda parcialmente realizado na prática. A motivação para o estudo surgiu durante um estágio no setor de Transporte e Logística de uma Secretaria Municipal de Saúde no Nordeste de Santa Catarina, onde se evidenciou a dificuldade dos usuários em acessar tratamentos devido à limitação de vagas e veículos. Muitos pacientes dependiam desse suporte, mas enfrentavam barreiras financeiras para se deslocar. Essa vivência despertou sensibilidade às necessidades dos usuários do SUS e destacou a importância de uma logística eficiente para garantir acesso equitativo aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Tratamento Fora do Domicílio. SUS. Desafios enfrentados. Acesso à saúde. Política pública.

## ABSTRACT

The Treatment Outside the Home (TFD) is a mechanism of Brazil's Unified Health System (SUS) that ensures access to specialized health services in other municipalities when such services are not available in the patient's city of origin. This research analyzed the program's challenges based on 13 scientific studies published between 2013 and 2024. The review showed that 8 of the 14 studies (57.14%) identified delays or insufficient financial assistance for patients and companions—intended to cover food and lodging—as the main issue. Recurring problems also included a lack of information about the right to TFD, shortages of health professionals, inadequate infrastructure in referral cities, precarious transportation, regional inequalities in service availability, and budgetary limitations at the municipal level. The findings indicate that, although TFD plays a fundamental role in ensuring the constitutional right to health, its implementation remains unequal across Brazil, exposing weaknesses in SUS regionalization and funding. Beyond financial barriers, the research highlighted social, emotional, and family impacts caused by long-distance travel, particularly affecting low-income populations and rural residents. The study further reveals that TFD effectiveness depends on expanding medium- and high-complexity care networks, ensuring regular financial transfers, promoting transparency in eligibility criteria, and strengthening qualified multidisciplinary care—key elements for fulfilling a constitutional right that remains only partially realized in practice. The motivation for this study emerged during an internship in the Transportation and Logistics sector of a Municipal Health Department in northeastern Santa Catarina, where challenges faced by users in accessing treatment became evident due to limited vehicle availability and restricted service slots. Many patients relied on this support but encountered significant financial barriers to travel. This experience heightened awareness of SUS users' needs and underscored the critical importance of efficient logistics in ensuring equitable access to healthcare services.

**Keywords:** Medical Treatment Away from Home Program. Brazilian Unified Health System. Challenges faced. Healthcare access. Public policy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.....	47
---------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	19
Tabela 2.....	27
Tabela 3.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar;
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- ANS** – Agência Nacional da Saúde Complementar;
- APS** – Atenção Primária à Saúde;
- APAC** – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade;
- BPA** – Boletim de Produção Ambulatorial;
- CNRAC** – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade;
- CERAC** – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade;
- CF** – Constituição Federal;
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde;
- FAEC** – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação;
- FPO** – Ficha de Programação Orçamentária;
- GM/MS** – Gabinete do Ministro da Saúde;
- LACEN** – Laboratório Central de Saúde Pública;
- MAC** – Média e Alta Complexidade;
- MS** – Ministério da Saúde;
- PAB** – Piso da Atenção Básica;
- SAS/MS** – Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde;
- SIA/SIH** – Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares;
- SIA/SUS** – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS;
- SIGTAP** – Sistema de Informações de Gerenciamento de Tabelas de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde;
- TFD** – Tratamento Fora do Domicílio;
- UPA 24h** – Unidades de Pronto Atendimento 24 horas;
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1	Justificativa	13
1.2	Objetivos	14
1.1.1	Objetivo geral	14
1.1.2	Objetivos específicos	14
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>15</b>
2.1	O SUS	15
2.2	Aspectos legais e regulatórios do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	17
2.3	Tratamento de Média e Alta Complexidade	19
2.4	Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	21
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
3.1	Caracterização da Pesquisa	24
3.2	Procedimentos de coleta de dados	25
3.3	Análise de Dados	25
3.4	Ética na Pesquisa	26
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>27</b>
4.1	Situações que demandam o TFD no SUS	28
4.2	Processo de operacionalização do TFD no SUS, desde a solicitação até a execução do tratamento	35
4.3	Os desafios encontrados em relação ao TFD	39
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE A – Tabela de procedimentos - SIGTAP</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS é o sistema público de saúde no Brasil, efetivado pela Constituição Federal de 1988, que garante acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde para toda a população brasileira, visando garantir o acesso universal, integral e igualitário à saúde, proporcionando atendimento desde a promoção e prevenção até a assistência (Brasil, 1988).

A Lei 8.142, de 1990, complementa a Constituição ao definir a participação da comunidade na gestão do SUS, fortalecendo a democracia e a transparência na administração dos serviços de saúde. Juntas, essas legislações são fundamentais para promover uma saúde pública de qualidade e acessível a todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 1988).

Conforme o que foi estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988, no Título VIII da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social, seção II da saúde, lê-se no artigo nº 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado; garantido mediante políticas Sociais e Econômicas que visem a redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

É importante ressaltar que essa garantia foi instituída a partir da Constituição de 1988, pois anteriormente não se tinha uma certeza de acesso à saúde para todos, sendo oferecida somente aos trabalhadores contribuintes formais, ou aqueles que dispunham de recursos financeiros (Azevedo, 2016).

Sendo assim, o SUS desempenha um papel fundamental na promoção da saúde preventiva, na redução das desigualdades em saúde e na oferta de tratamentos de alta complexidade, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (Brasil, 1988).

No que é pertinente aos cuidados médicos dos usuários, o SUS conta com o instrumento legal para o Tratamento Fora do Município (TFD), regido pela Portaria SAS/MS nº 055 de 24 janeiro de 1999, do Ministério da Saúde (Azevedo, 2016), o qual visa os cuidados médicos dos usuários que não são oferecidos no seu município de origem, sendo necessário o traslado para outro local. Nessa situação é disponibilizado para os usuários do SUS, o traslado para que recebam assistência

médica em consultas, tratamentos em ambulatório, hospitalares e cirúrgicos, em outra localidade, mediante prévio agendamento (Guedes et al., 2020).

O Tratamento Fora de Domicílio é importante para garantir o acesso a serviços de saúde especializados fora do município de origem para todos aqueles que dele necessitarem, pois isso assegura o direito à saúde, conforme estabelecido pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, acima mencionado (Azevedo, 2016).

Neste contexto, a pesquisa ora apresentada visa aprofundar a compreensão sobre o TFD e seus efeitos na vida dos usuários. Ao investigar os desafios enfrentados, busca-se identificar maneiras de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, promovendo assim uma assistência mais eficiente e humanizada para aqueles que necessitam de deslocamento para tratamentos médicos especializados.

## **1.1 Justificativa**

A motivação para este estudo surgiu a partir de uma experiência vivenciada durante um estágio no setor de Transporte e Logística de uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) localizada na região Nordeste de Santa Catarina. Durante essa vivência, tornou-se evidente a relevância do acesso dos usuários aos tratamentos, diante das limitações de vagas e da disponibilidade de veículos para atender à demanda existente. Muitos pacientes dependiam desse suporte para realizar procedimentos aguardados há longos períodos, mas encontravam obstáculos financeiros para arcar com o deslocamento. Essa realidade despertou uma maior sensibilidade para as necessidades dos usuários do SUS, bem como evidenciou o papel essencial de uma logística eficiente na garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde.

Diante disso, estudar o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) mostra-se pertinente, pois trata de uma dimensão fundamental para assegurar o acesso à saúde, especialmente em contextos onde recursos e especialidades médicas são escassos ou concentrados em regiões específicas.

Ao comparar os anos de 2019 e 2020 no Brasil, observa-se uma diferença expressiva no número de TFDs solicitados e formulários aprovados. Em 2020, ano marcado pela pandemia de COVID-19, houve uma redução superior a 12 milhões de pedidos apresentados e uma queda de mais de 10 milhões de aprovações em

relação ao ano anterior. Esses dados evidenciam o impacto significativo do período pandêmico e ressaltam a importância do Tratamento Fora do Domicílio para a garantia da saúde da população (Brasil, 2024).

Em 2024, até o mês de março, foram registrados mais de 4 milhões de pedidos de TFD no país, dos quais mais de 3 milhões foram aprovados (Brasil, 2024).

Investigar o TFD é fundamental para identificar lacunas e oportunidades de melhoria no sistema de saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento da eficiência e da eficácia no encaminhamento e acompanhamento dos pacientes. Essa análise envolve tanto aspectos logísticos — como transporte e hospedagem — quanto fatores relacionados à qualidade do atendimento e ao suporte oferecido durante o período de tratamento fora do município de origem (Azevedo, 2016).

Para a realização do presente estudo, definiu-se como recorte temporal o período de 2013 a 2024, considerando a disponibilidade de uma quantidade significativa de materiais de apoio e publicações pertinentes. Espera-se que, futuramente, seja possível aprofundar e contextualizar ainda mais os temas tratados nesta pesquisa. Assim tomou-se como base a seguinte questão “Quais os desafios para a gestão na garantia do Tratamento Fora do Município (TFD) no SUS, de acordo com a Literatura Brasileira no período de 2013-2024?”

## **1.2 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar os principais desafios do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Literatura Brasileira publicada no período de 2013-2024.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Identificar as situações que demandam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Descrever o processo de operacionalização do TFD no SUS, desde a solicitação até a execução do tratamento;

- Apontar os principais desafios enfrentados na implementação e manutenção do TFD.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 O SUS**

Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde era considerada um privilégio exclusivo dos trabalhadores formais. Foi somente após 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde foi reconhecida como um direito de todos. Um ponto de virada crucial na história do Brasil foi a Reforma Sanitária, cujo objetivo foi o de estabelecer um sistema de saúde que garantisse acesso equitativo e justo a toda a população (Menicucci, 2014).

Existem vários serviços que o SUS oferece, como instituições de saúde, nas quais pesquisadores se formam e ocorrem desenvolvimentos de novos medicamentos e vacinas; institutos de controle de qualidade, que realizam testes com vacinas nos Laboratórios Central de Saúde Pública (LACEN); laboratórios farmacêuticos; agências reguladoras, como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), voltada para a fiscalização, e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula as operadoras de planos de saúde e os laboratórios de análises clínicas (Solha, 2014).

O SUS se fundamenta em princípios essenciais, tanto doutrinários quanto organizacionais como universalidade, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação social, sendo fundamentais para orientar e fortalecer, garantindo acesso igualitário, cuidados abrangentes, distribuição justa dos recursos, organização eficiente dos serviços, descentralização das responsabilidades e envolvimento ativo da comunidade na gestão e controle das políticas de saúde (Solha, 2014).

Quando se fala em equidade e igualdade, muitas pessoas pensam que têm o mesmo significado. Todavia, há diferenças, quais sejam: a igualdade é tratar todos de forma igualitária, como estabelecido no capítulo 196 da Constituição Federal de 1988, segundo o qual todos têm direito à saúde. Já a equidade se baseia no princípio de atender às necessidades individuais, reconhecendo as diferenças que necessariamente há entre os indivíduos. Por exemplo, não é possível tratar um ser

humano saudável da mesma forma que uma pessoa acometida por alguma doença, pois cada uma precisa de tratamentos diferentes (Solha, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) envolve uma série de iniciativas relacionadas à saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Trata-se da porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde e nela há várias estratégias de cuidado, como por exemplo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem o objetivo de levar serviços multidisciplinares à comunidade como: consultas, exames e vacinas; Consultório na Rua; Saúde da Família Ribeirinhas e Prisionais (Brasil, 2022).

Por seu turno, os serviços de média e alta complexidade referem-se a diferentes níveis de cuidados de saúde. A média complexidade são ações que requerem profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Já a alta complexidade compreende procedimentos de tecnologia avançada e alto custo, visando fornecer à população acesso a esses serviços e integrá-los aos demais níveis de atenção à saúde (Araujo, Nascimento e Araujo, 2019).

A média complexidade refere-se a serviços especializados que podem ser encontrados em hospitais e clínicas ambulatoriais, oferecendo cuidados focados em áreas específicas, como pediatria, ortopedia e cardiologia, entre outras especialidades médicas. Já a alta complexidade envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco (Brasil 2022).

O tratamento de usuários em alta e média complexidade enfrenta diversos desafios, destacando-se a ausência de determinados procedimentos nos municípios mais distantes ou com menor número de habitantes, a insuficiência dos serviços de saúde para atender à demanda, a escassez de recursos financeiros para custear essa demanda e a oferta de serviços que excede as necessidades (Brasil, 2007).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, ou seja, é mantido com recursos provenientes dos municípios (15% do arrecadamento de impostos), dos estados (12%) e da União. No caso da União, os recursos vêm principalmente do Orçamento Geral que são destinados ao Ministério da Saúde. A partir daí, são distribuídos para estados e municípios com base em critérios como população e demandas de saúde locais. Esses fundos contribuem para a manutenção e fortalecimento dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS em todo o país (Brasil, 2024).

Os princípios e diretrizes dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90 estabelecem que a gestão no SUS seja organizada na distribuição de competências entre a União, estados e municípios, cabendo às três esferas de governo definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, entre outras ações. Os gestores ficam responsáveis por executar a política de saúde (Brasil, 2024).

O controle social no SUS visa avaliar e sugerir diretrizes para as políticas de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Isso é feito por meio de Conselhos, que são grupos permanentes e decisivos, compostos igualmente por representantes de usuários e diversos setores da sociedade civil, além de gestores públicos, privados e profissionais de saúde. O objetivo principal é assegurar esse controle e participação democrática na gestão da saúde pública (Brasil, 2007).

Os Conselhos de Saúde são compostos por conselheiros encarregados de sugerir, debater, acompanhar, decidir, avaliar e fiscalizar a execução das políticas de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros relacionados, e as decisões desses conselhos são tomadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes (Brasil, 2007).

A Conferência de Saúde é um evento democrático estabelecido pela Lei 8.142/90. Ela ocorre a cada quatro anos e reúne representantes de diferentes segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação da saúde e sugerir as diretrizes para a elaboração das políticas de saúde em cada esfera de governo (Brasil, 2022).

A pedido das Conferências Nacionais de Saúde e por decisão do Conselho Nacional de Saúde (CNS), têm ocorrido conferências temáticas focadas em áreas específicas, com o objetivo de aprofundar discussões e formular propostas. Algumas dessas conferências já realizadas abrangeram temas como Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Saúde Mental, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Recursos Humanos e Saúde do Trabalhador (Brasil, 2006)

Atualmente, os conselhos de saúde e as conferências de saúde são os principais locais onde a participação e o controle social são exercidos na aplicação e execução das políticas de saúde em todos os níveis governamentais. Funcionando como mecanismos democráticos essenciais, eles permitem que a sociedade se organize

para garantir efetivamente a proteção da saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 2006).

## **2.2 Aspectos legais e regulatórios do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**

O TFD é regido pela Portaria/SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999 e estabelece normas para a organização, rotina e execução do Tratamento Fora de Domicílio no SUS. Ela dispõe sobre a inclusão dos procedimentos específicos relacionados ao TFD na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e define outras medidas essenciais para a efetiva implementação do programa.

O inciso III do artigo 1º da Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, estabelece que o Tratamento Fora de Domicílio não será autorizado quando o tratamento do paciente envolver procedimentos assistenciais contemplados no Piso da Atenção Básica (PAB), que correspondem aos serviços de atenção primária à saúde, cujas ações têm como ponto de entrada a Unidade Básica de Saúde (UBS) (Brasil, 1999)

A Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) e a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) realizará o encaminhamento dos pacientes que irão receber o tratamento fora do domicílio. A CERAC é regida pela Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001 tendo a finalidade de coordenar a transferência interestadual dos usuários que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade (Brasil, 2001).

Segundo o manual de TFD do estado de Santa Catarina, para que seja realizado o pagamento de ajuda de custo para a alimentação do TFD, os valores devem seguir os procedimentos listados pela Portaria MS/SAS nº 055/1999 e valores estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 1230/1999.

Os valores para a ajuda de custo de alimentação/pernoite de pacientes e acompanhantes devem seguir o Sistema de Informações de Gerenciamento de Tabelas de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) conforme a tabela 1:

Tabela 1 - Tabela de procedimentos - SIGTAP

CODIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
08.03.01.001-0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite do pcte	24,75
08.03.01.003-8	ajuda de custo para alimentação sem pernoite	8,40
08.03.01.003-6	Ajuda de custo para alimentação pernoite (tratamento CNRAC)	24,75
08.03.01.004-4	Ajuda de custo para alimentação/pernoite acompanhante	24,75
08.03.01.005-2	Ajuda de custo para alimentação s/ pernoite acompanhante	8,40
08.03.01.006-0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite acompanhante (tratamento CNRAC)	24,75
08.03.01.007-9	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte aereo (cada 200 milhas)	181,50
08.03.01.008-7	Remuneração de deslocamento de paciente para transporte aereo (cada 200 milhas)	181,50
08.03.01.009-5	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	3,70
08.03.01.010-9	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte terrestre (cada 50 km de distancia)	4,95

Fonte: elaborado pela autora - Dados sigtab.datasus.gov.br

### 2.3 Tratamento de Média e Alta Complexidade

Os níveis de atenção e assistência à saúde no Brasil são definidos pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses níveis são: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária, sendo que estes últimos são respectivamente a média e a alta complexidade (Brasil, 2022).

Segundo o que define a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos (Brasil, 2007).

Os grupos que compõem a média complexidade são procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica;

anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultra-sonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses e por fim a anestesia (Brasil, 2009)

A alta complexidade no SUS é utilizada para oferecer serviços especializados que envolvem alta tecnologia e custos elevados, visando garantir acesso qualificado à população. Esses serviços são integrados aos cuidados de saúde básicos e de média complexidade, organizados em “redes” específicas dentro do sistema. Alguns exemplos dessas redes são o atendimento a pacientes oncológicos; cirurgia cardiovascular pediátrica; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); procedimentos em fissuras lábio palatais, dentre outros (Brasil, 2009).

Ao considerar os serviços de média e alta complexidade, torna-se evidente que o acesso a esses recursos muitas vezes é seletivo, excluindo determinados grupos da população. Isso se deve à condição financeira dos usuários, à necessidade de controle de gastos e às restrições impostas pelo sistema público de saúde a determinados serviços e programas (Araujo, Nascimento e Araujo, 2019).

O financiamento se dá por meio do teto financeiro de Alta e Média Complexidade (MAC) e também pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) que é uma fonte de recursos para que o SUS garanta atendimento mais complexos à população bem como novos procedimentos que serão adicionados na tabela do SUS, e que posteriormente são colocadas nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH (Brasil, 2021).

Os tipos de serviços ofertados pela média e alta complexidade são encontrados em hospitais e ambulatorios, e envolvem atendimento em áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) realizam atendimento de complexidade média, com capacidade de atender de 150 a 450 pacientes por dia (Brasil, 2022).

Hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa fazem parte do nível de alta complexidade. Tem unidades de terapia intensiva (UTI) e sala cirúrgicas, envolvendo procedimentos que demandam tecnologia de ponta e maiores custos. Os profissionais dessa categoria atendem os pacientes que não puderam ser atendidos na atenção primária e de

média complexidade (Brasil, 2022), especialmente em virtude da especificidade de seus acometimentos.

O sistema informatizado utilizado para a operacionalização dos serviços de média e alta complexidade é o Sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS), que é integrado por vários componentes, que são: boletim de produção ambulatorial (BPA), que é o registro mensal de todos os procedimentos realizados pelo estabelecimento de saúde; ficha de programação orçamentária (FPO), que planeja e controla os recursos financeiros destinados à oferta de serviços e; a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac) (Brasil, 2007).

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), por sua vez, é responsável pela gestão da internação, utilizando a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) como documento de coleta, sendo para preenchimento obrigatório para todos os gestores que tenham serviços públicos ou privados sob sua gestão (Brasil, 2007).

## **2.4 Tratamento Fora do Domicílio (TFD)**

O TFD é um recurso utilizado pelo SUS para garantir que pacientes possam receber atendimento especializado em outras localidades quando este não está disponível em seu município de origem. Esse programa cobre despesas com transporte, hospedagem e alimentação para o paciente e, em alguns casos, para um acompanhante, desde que o deslocamento seja de pelo menos 50 km de distância (Azevedo, 2016).

No inciso 2º da Portaria no 55º de fevereiro de 1999 do Ministério da Saúde fica explícito que o TFD será ofertado, exclusivamente, aos pacientes que são atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do/pelo SUS (Brasil, 1999).

Para ter acesso ao Tratamento Fora do Domicílio - TFD, é necessário um parecer médico, exames complementares e a solicitação específica do TFD. O atendimento inicial é realizado, portanto, antes do agendamento, na unidade de saúde de referência. Critérios específicos são estabelecidos para cada tipo de procedimento de alta complexidade (Maciel, 2016).

O TFD será autorizado somente quando todas as possibilidades de atendimento do usuário em seu município de origem estiverem esgotadas. Quando há garantia para a realização do atendimento no local de referência e a Gerência Regional do beneficiário definiu anteriormente as datas e horários para essa

consulta, significa que o paciente já tem agendado o seu atendimento no local específico onde será realizado o procedimento ou tratamento (Maciel, 2016).

No 6º art. da portaria no 55º, de fevereiro de 1999, criada pelo Ministério da Saúde (MS), para solicitar o Tratamento Fora do Domicílio, é necessário que o médico assistente do paciente nas unidades de saúde vinculadas ao SUS faça a solicitação e posteriormente, esta solicitação precisa ser autorizada por uma comissão atribuída pelo gestor municipal ou estadual responsável. Se necessário, a comissão pode pedir exames adicionais ou documentos para complementar a análise do caso antes de aprovar o TFD (Brasil, 1999).

No 7º art. da portaria 55/1999 criada pelo MS consta que somente será permitido o pagamento das despesas do acompanhante se houver comprovação e autorização médica, desde que sejam informados os motivos da necessidade e a impossibilidade do usuário estar desacompanhado (Brasil, 1999).

No 8º art. da portaria do TFD (55/1999) criada pelo MS, se o paciente ou acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizados somente o custo da passagem e a ajuda de custo para alimentação. Já no 9º art., da mesma portaria, informa que em caso de óbito do paciente em Tratamento Fora do Município, a SMS do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas (Brasil, 1999).

No manual do TFD do estado de Alagoas informa quais documentos são necessários para que a solicitação/abertura seja feita, sendo eles:

- Pedido TFD: formulário que será preenchido pela SMS com os dados do paciente e com a assinatura do Gestor Municipal;
- Laudo médico: formulário a ser preenchido pelo médico assistente do paciente contendo os dados pessoais, histórico da doença, justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, a necessidade do acompanhante dentre outros. Deverá ser assinado;
- Cópia de Exames Complementares;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Cópia da carteira de Identidade e do CPF;
- Cópia da certidão de nascimento em caso de menoridade que não possua RG.

Com uma base sólida sobre o SUS, apesar de ser um benefício oferecido pelo MS, o TFD tem algumas lacunas em sua funcionalidade, como a demora para a realização do tratamento. A ajuda de custo para alimentação do paciente e seu acompanhante nem sempre é fornecida, assim como ocorre com a questão da hospedagem, sendo um processo bastante democrático - seria democrático mesmo a palavra? (Neta et al. 2019).

Dando continuidade à discussão sobre o TFD, segundo o manual estadual do Estado do Piauí, a solicitação de TFD pode ser interrompida ou cancelada nas seguintes situações: comprovação de fraude ao sistema, apresentação de documentos adulterados, não entrega dos documentos que comprovem a realização do tratamento após o retorno da unidade que fez o tratamento, mudança definitiva de residência que torne o deslocamento injustificável, desistência, abandono ou falecimento do beneficiário.

No manual estadual do TFD do Estado do Piauí, feito pela SMS, durante o tratamento do usuário, a Unidade responsável pelo procedimento deve completar o Relatório de Acompanhamento e Alta, que deverá ser entregue à Coordenação de Regulação em TFD quando o beneficiário retornar.

A Portaria SAS/MS Nº 55/1999, de 24 de fevereiro, estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuário/acompanhante do SUS para TFD podem ser cobradas por intermédio do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS (Brasil, 1999).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização da Pesquisa

Referente à abordagem, tratou-se de uma pesquisa qualitativa, tendo em vista o intuito de identificar e compreender os desafios para a gestão na garantia do Tratamento Fora do Município (TFD) no SUS. A pesquisa qualitativa possibilitou, segundo Minayo et al. (2002, p. 22), a discussão sobre questões bastante peculiares que não puderam ser completamente compreendidas apenas por meio de números ou evidências concretas. Essas questões foram permeadas por percepções mais profundas, nas quais as atitudes e as interações humanas desempenharam um papel crucial, moldando conclusões que foram além do que a estatística poderia capturar e explicar.

Classificou-se, no que diz respeito aos procedimentos, como uma pesquisa bibliográfica sobre os desafios para a gestão na garantia do TFD no SUS. A pesquisa bibliográfica consistiu na coleta de referências teóricas previamente estudadas e publicadas em fontes escritas e eletrônicas, como livros, artigos científicos e páginas de sites. Todo trabalho científico começou com uma pesquisa bibliográfica, permitindo ao pesquisador compreender o que já fora investigado sobre o tema (Gil, 2008).

Assim, em uma revisão sistematizada, a pesquisadora tem a possibilidade de realizar a busca detalhada em diversas bases de dados, para, em seguida, organizar, codificar e analisar os resultados encontrados. Conforme os autores Grant e Booth (2009, p. 102): “Revisões sistematizadas tentam incluir um ou mais elementos do processo de revisão sistemática, embora sem chegar a afirmar que o resultado final seja, de fato, uma revisão sistemática.”

Quanto à sua natureza, a pesquisa foi caracterizada como teórica, uma vez que buscou compreender os desafios enfrentados pela gestão na garantia do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no SUS. Conforme destaca Gil (2008), esse tipo de investigação é motivado pela curiosidade científica e tem como finalidade divulgar seus achados para a comunidade acadêmica, favorecendo a disseminação e o debate do conhecimento.

Quanto aos objetivos, caracterizou-se como descritiva e teve como propósito analisar os principais desafios do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no Sistema

Único de Saúde (SUS). Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva buscou as características de determinadas populações ou fenômenos.

### 3.2 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes descritores nas plataformas de busca: "tratamento fora do domicílio" e "TFD". Inicialmente foram selecionados livros, artigos, teses e dissertações relacionadas ao tema. No entanto, após a pesquisa, observou-se que a maior parte do material encontrado consistia em artigos acadêmicos que abordam de forma mais aprofundada o tema em questão. Esses artigos foram priorizados, uma vez que apresentaram informações relevantes sobre o Tratamento Fora do Domicílio.

Para a seleção dos artigos, inicialmente foi realizada a leitura dos resumos de cada um, a fim de verificar sua relevância e relação direta com o objetivo desta pesquisa, que consiste em analisar os desafios enfrentados pela gestão na implementação do Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Com base nessa análise preliminar, foram selecionados 10 artigos, 2 TCC's (Trabalho de Conclusão de Curso) e 1 dissertação que apresentaram conteúdo relevante para a investigação, os quais foram posteriormente utilizados na análise dos dados

Foram coletados artigos de três plataformas digitais: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Google Acadêmico e Scientific Electronic Library Online Brasil (SciELO). A quantidade de artigos encontrados em cada plataforma foi, respectivamente, 9, nenhum e 5. Na plataforma SciELO, não foi localizado nenhum artigo utilizando os descritores "tratamento fora do domicílio" ou "TDF".

### 3.3 Análise de Dados

Para a análise de dados foi utilizado o método de Minayo (2007) que estabelece três etapas que serão descritas abaixo:

A. **Pré-análise:** Foi feita uma seleção de artigos, capítulos de livros, teses e dissertações a partir dos descritores (Tratamento Fora do Município, SUS, Gestão

pública do TFD, Manual do TFD) nos sites de busca como o Google Acadêmico, SciELO, CAPES e bibliotecas de saúde.

B. **Exploração do Material:** Foram aplicados critérios de inclusão considerando a relação com o objetivo geral do estudo: materiais que respondiam ao objetivo foram incluídos; aqueles que não apresentavam relação adequada foram descartados.

C. **Tratamento do Resultado:** A partir da análise dos materiais lidos e discutidos, foi feito o tratamento do resultado a partir dos objetivos específicos.

### **3.4 Ética na Pesquisa**

Segundo consta na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, a ética é uma composição histórica, humana, cultural e social. O art. 1º da presente resolução, informa sobre normas quanto às pesquisas na Área de Ciências Sociais e Humanas, nas quais os procedimentos da metodologia utilizem dados de participantes ou de informações que possam ser identificadas, que podem trazer maiores riscos à suas vidas. Porém, no parágrafo único deste artigo, na visão do sistema CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em seu inciso VI, é informado que a pesquisa realizada com textos científicos, exclusivamente para revisão de literatura, foi dispensada à alimentação na Plataforma Brasil (Brasil, 2016).

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, será realizada a análise e discussão dos dados, com base na leitura detalhada dos artigos selecionados. Serão destacados os principais desafios enfrentados pela gestão na implementação do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), identificando padrões e divergências nos resultados encontrados. A análise também buscará relacionar os achados na literatura existente, visando compreender as implicações para a gestão pública e sugerir possíveis melhorias no processo de implementação do TFD.

Para a análise e discussão dos dados foram confeccionadas 2 tabelas, conforme a tabela 1 abaixo, contém o nome dos autores, título dos artigos selecionados, ano e local de publicação:

Tabela 2: Artigos selecionados para a análise dos dados

	AUTOR(A)/TIPO DE TRABALHO	TÍTULO	ANO	LOCAL DE PUBLICAÇÃO
1	Verdugo Carolina/Dissertação.	Tratamento Fora de Domicílio-TFD: trajetórias de cuidado de usuários: um estudo no município de Santos	2023	BDTD
2	Calixto Randriele de Lima/TCC.	A política social de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e a garantia de direitos nos cuidados em saúde na assistência à população pobre	2023	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
3	Silva Hivila; Silva Ivone; Negreiros Dayara; Matos Udimere; Maia Alexandro/Artigo.	A experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos num Hospital de Referência	2023	Research, Society and Development
4	Forte Ana Caroline Freitas do Monte e Silva/Artigo.	Programa de tratamento fora do domicílio (TFD): direito do paciente ou faculdade da Administração Pública?	2022	Braslian Journal of Development
5	Oliveira Jesse;Guedes Thalita Renata; Schweickardt Júlio César; Santos Izi; Reis Ana Elizabeth/Artigo.	O acesso da população ribeirinha do rio Amazonas ao tratamento fora do domicílio (TFD)	2022	Revista Saúde Coletiva
6	Marques Jociéla; Guedes Daniele; Picanço Fernanda; Triundade Geane/Artigo.	Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do município de Macapá.	2021	Arquivos Científicos (IMMES)
7	Escorsim Silvana Maria; Rosa Amanda Rachel/Artigo.	Acesso ao Transplante de Medula Óssea por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	2021	Serviço Social em Revista
8	Costa Lucas; Cardoso Anderson; Sodré Lucas; Fornaclari Pedro Henrique; Lucena Lais; Martins Dayane; Almeida Karina; Melo Cilene/Artigo.	Caracterização dos pacientes atendidos pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nos anos de 2016 e 2017 no município de Marabá, Pará	2020	Revista Braslian Journal of Health Review
9	Neta Antonia Carolina; Ferreira Elisângela; Silva Tamires; Paulo Francele; Pontes Priscila/Artigo.	O acesso ao Tratamento Fora do Domicílio dos pacientes do município de Três Rios: Limites, desafios e possibilidades	2019	Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico (REINPEC)
10	Gurjão Fernanda; Maia Lúcia; Carvalho Maria de Fátima/Artigo.	Tratamento fora de domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário	2018	Serviço Social em Saúde
11	Conceição Chalane/TCC.	Tratamento Fora do Domicílio (TFD): entre o direito, o benefício e o artifício	2018	Universidade Federal da Bahia (UFBA)
12	Azêvedo Sandro Roberto/Artigo.	O Programa de Tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí	2016	HOLLOS issn 1807-1600
13	Barbosa Heloisa Helena; Santos Ana Luiza; Cruz Renan Andrey; Borges Renato; Neto Taurino/Artigo.	Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil	2010	Revista Pan-Amazônica de Saúde

Fonte: a autora, 2025.

A seguir serão apresentados os tópicos relacionados aos principais resultados encontrados a partir da leitura dos artigos.

#### **4.1 Situações que demandam o TFD no SUS**

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada a assegurar atendimento integral a pacientes que necessitam de procedimentos não ofertados em seu município de residência, incluindo auxílio para despesas com transporte, hospedagem e alimentação. Instituído pela Portaria SAS/MS nº 055/1999, o programa representa uma importante estratégia de garantia do direito à saúde. Contudo, enfrenta obstáculos de ordem burocrática, financeira e logística, que limitam sua efetividade e ampliam desigualdades regionais, especialmente porque o acesso ao benefício depende, muitas vezes, da disponibilidade de recursos locais e de estrutura adequada de transporte (BRASIL, 1999).

O TFD evidencia a concentração dos serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos, o que obriga pacientes de áreas rurais e remotas a realizar longos deslocamentos, resultando em impactos econômicos, sociais e emocionais significativos. Como destacam Azevedo e colaboradores (2016), a necessidade de viajar para acessar serviços especializados demonstra não apenas a desigual distribuição da oferta assistencial, mas também as barreiras impostas aos usuários que dependem do SUS. Embora o programa represente o compromisso do Estado com a garantia do direito à saúde, ele também revela fragilidades estruturais do sistema, como a insuficiência de investimentos em infraestrutura local e a falta de planejamento regionalizado. Dessa forma, o TFD, mais do que um mecanismo administrativo, simboliza a luta pela dignidade, pela justiça social e pela efetivação de um sistema de saúde verdadeiramente integral, equitativo e descentralizado.

O direito à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988, é também um dos pilares fundamentais da cidadania brasileira, sendo dever do Estado assegurar a todos os cidadãos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o TFD se constitui como uma política pública voltada a assegurar o atendimento integral à saúde em situações nas quais o município ou o estado de

origem do paciente não dispõem dos recursos assistenciais necessários à continuidade do cuidado. O TFD se apresenta como um instrumento de efetivação da universalidade e da equidade, permitindo o deslocamento de pacientes para outras localidades em busca de procedimentos especializados.

De acordo com Azevêdo (2016, p. 403), o TFD “representa uma das expressões mais concretas da política de saúde enquanto direito de cidadania”, uma vez que possibilita o acesso de populações geograficamente distantes dos grandes centros aos serviços de média e alta complexidade, conforme o artigo 12. A Portaria nº 55/1999 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde institui as normas e critérios para concessão do benefício, incluindo o custeio de despesas com transporte, diárias para alimentação e hospedagem, além de apoio a acompanhantes quando indicado. No entanto, a operacionalização do programa enfrenta desafios estruturais, burocráticos e financeiros que frequentemente dificultam a efetivação desse direito.

Segundo Forte (2022, p. 8868), o TFD deve ser interpretado como um direito subjetivo do paciente, e não como uma faculdade discricionária da administração pública. O autor ressalta que “a negativa injustificada de concessão do benefício implica violação direta aos princípios constitucionais da dignidade humana e do acesso universal à saúde”. Ainda assim, observa-se que em muitos municípios a concessão do TFD está condicionada a limitações orçamentárias e à disponibilidade de transporte, criando desigualdades regionais no acesso ao serviço, conforme o artigo 4.

Barbosa et al. (2010, p. 7) realizaram um estudo no município de Belém (PA) que revelou que a maioria dos pacientes beneficiados pelo programa pertencia às camadas mais vulneráveis da população, demonstrando que o TFD, além de política de saúde, é também uma política social de combate às desigualdades. Os autores constataram que “as principais motivações para o deslocamento eram doenças crônicas, necessidade de cirurgias especializadas e acompanhamento em unidades de referência”, refletindo a concentração de serviços complexos nos grandes centros urbanos. Dessa forma, essa modalidade de tratamento tem papel crucial na promoção da justiça social, na medida em que viabiliza o atendimento de pessoas que, de outra forma, não teriam acesso a serviços de alta complexidade.

Calixto (2023, p. 41) argumenta que o Tratamento Fora do Domicílio deve ser compreendido como parte integrante das políticas sociais voltadas à garantia de

direitos da população pobre, pois revela “as contradições entre o direito formal à saúde e o acesso material às condições de tratamento”. A autora destaca que, embora o SUS preveja o princípio da integralidade, a ausência de estrutura hospitalar em muitos municípios obriga o deslocamento de pacientes para centros urbanos distantes, o que acarreta custos emocionais e sociais significativos. Esse deslocamento, muitas vezes prolongado, interfere na dinâmica familiar, na vida laboral e nas condições psicológicas dos usuários.

A análise de Azevêdo (2016, p. 410) sobre a experiência do Piauí evidencia que o programa enfrenta sérias dificuldades administrativas, especialmente no tocante à insuficiência de recursos e à carência de meios de transporte adequados. O autor ressalta que “o TFD no Piauí expressa um esforço contínuo dos gestores municipais em equilibrar a demanda crescente com a limitação de recursos financeiros e logísticos”. Essa constatação reflete uma problemática nacional: a concentração de serviços especializados em poucos centros e a ausência de planejamento regionalizado da rede de atenção.

Conceição (2018, p. 27) amplia essa discussão ao propor que o TFD seja analisado “entre o direito, o benefício e o artifício”, questionando se a política cumpre efetivamente o papel de assegurar o direito universal à saúde ou se se tornou um mecanismo paliativo diante das falhas estruturais do sistema. Para a autora, o programa, embora essencial, evidencia a insuficiência do Estado em garantir o atendimento integral em todos os territórios. Assim, o TFD pode ser entendido como uma resposta emergencial às desigualdades territoriais, mas que, por vezes, perpetua a dependência de políticas compensatórias.

Os estudos de Costa et al. (2020, p. 6546) realizados no município de Marabá (PA) apontam que, nos anos de 2016 e 2017, a maioria dos pacientes atendidos pelo Tratamento Fora do Domicílio necessitava de procedimentos de alta complexidade, como cirurgias cardiovasculares e tratamentos oncológicos. A pesquisa destaca que “o perfil epidemiológico dos usuários evidencia a carência de infraestrutura hospitalar regional e a necessidade de políticas públicas que fortaleçam a rede local de atenção”. O mesmo estudo indica que muitos pacientes precisavam se deslocar para Belém ou mesmo para outros estados, enfrentando longas viagens e precariedade no acompanhamento pós-tratamento.

Nesse sentido, a discussão sobre as situações que demandam o Tratamento Fora do Domicílio remete à necessidade de compreender as desigualdades

estruturais do SUS. Gurjão, Maia e Carvalho (2018, p. 165) analisaram as perspectivas de pacientes submetidos a transplante renal em um hospital universitário e observaram que o TFD representa, para muitos, “a única alternativa de sobrevivência diante da ausência de centros especializados em suas regiões de origem”. Reforça a relevância do programa como política de vida, especialmente em doenças crônicas e procedimentos de alta complexidade. Entretanto, evidencia-se também a fragilidade da regionalização da saúde no Brasil, que deveria garantir que serviços de média complexidade estivessem mais distribuídos territorialmente.

Escorsim e Rosa (2021, p. 549) reforçam essa compreensão ao analisarem o acesso ao transplante de medula óssea por meio do TFD. As autoras argumentam que “a efetivação do direito à vida depende, muitas vezes, da eficiência logística e administrativa do programa”, uma vez que o atraso na concessão do benefício pode comprometer a continuidade terapêutica. O estudo destaca ainda que o TFD não deve ser compreendido apenas como auxílio financeiro, mas como um dispositivo de cuidado e de garantia de cidadania, que exige planejamento interinstitucional entre os entes federativos.

Outro aspecto relevante se refere às populações em situação de vulnerabilidade geográfica, como os ribeirinhos e os moradores de áreas rurais de difícil acesso. Moraes de Oliveira et al. (2022, p. 10533) analisaram o acesso da população ribeirinha do Rio Amazonas ao TFD e constataram que “as distâncias geográficas e a ausência de transporte público regular impõem barreiras significativas ao acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade”. Essa realidade expõe as limitações do Estado em assegurar a integralidade do cuidado para grupos populacionais dispersos territorialmente. O deslocamento prolongado implica custos elevados e sofrimento físico e emocional, agravando a desigualdade em saúde.

Além disso, Neta et al. (2025, s/p.) afirmam que, no município de Três Rios (RJ), “as limitações estruturais locais tornam o TFD uma política de emergência permanente, em vez de uma estratégia planejada de equidade territorial”. Isso demonstra que o programa, embora indispensável, tem funcionado como resposta paliativa diante da falta de investimentos em infraestrutura de saúde nos municípios menores. Dessa forma, o TFD acaba se transformando em um mecanismo de compensação para a má distribuição de recursos e de profissionais especializados no território nacional.

Até aqui, o debate revela que o TFD, embora seja um instrumento de garantia de direitos, também explicita as desigualdades regionais e sociais do país. Sua existência é necessária e urgente, mas sua recorrência é o sintoma de um sistema que ainda não conseguiu estruturar uma rede de atenção integral, capaz de atender todas as demandas localmente.

A análise crítica do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permite compreender que o programa é expressão das desigualdades históricas e estruturais do sistema público brasileiro. Embora represente um avanço importante na garantia do acesso universal, o TFD também explicita a fragilidade da regionalização da saúde e a insuficiência de investimentos em infraestrutura hospitalar e tecnológica nos municípios de pequeno e médio porte. Conforme destaca Azevêdo (2016, p. 411), “o TFD é o espelho de um sistema que, embora universal, ainda não conseguiu se territorializar plenamente”, dependendo de estratégias compensatórias para suprir as lacunas assistenciais.

Essas desigualdades são, em grande parte, resultado da concentração dos recursos de alta complexidade em poucos centros urbanos, o que obriga pacientes de regiões interioranas a longos deslocamentos para receber tratamento. Calixto (2023, p. 59) observa que essa realidade “agrava o sofrimento social da população pobre, que precisa deslocar-se de seu território, afastando-se de seus vínculos familiares e de suas redes de apoio”. O TFD, nesse sentido, não apenas mobiliza questões de ordem médica e logística, mas também de ordem social e emocional. Conceição (2018, p. 38), artigo 11, propõe uma crítica da política ao afirmar que o TFD, ao mesmo tempo em que assegura o direito à saúde, reforça as contradições do próprio SUS: “trata-se de uma política necessária, mas que evidencia a incapacidade do Estado de ofertar uma rede integral e descentralizada de cuidados”. A autora aponta que o programa muitas vezes se converte em “benefício paliativo”, utilizado como estratégia política para mitigar carências estruturais sem, contudo, resolvê-las. Assim, o TFD é simultaneamente direito, benefício e artifício, refletindo as ambiguidades das políticas públicas de saúde em contextos de desigualdade.

Nesse cenário, o papel do Serviço Social é fundamental para garantir que o TFD seja efetivado como direito e não como favor. Silva et al. (2023, p. 5) ressaltam que o assistente social atua na linha de frente da política, orientando pacientes, intermediando processos administrativos e lutando contra a burocratização do

acesso. Essa atuação se ancora nos princípios ético-políticos do Serviço Social, que buscam assegurar a equidade e a justiça social no âmbito das políticas públicas. O profissional, ao acompanhar o usuário durante o processo de solicitação e deslocamento, tornase agente de transformação social, mediando o encontro entre o direito formal e a realidade concreta.

Forte (2022, p. 8872) enfatiza que o TFD deve ser interpretado sob a ótica da juridicidade do direito à saúde, sendo “incompatível com o princípio da dignidade humana a recusa do benefício quando comprovada a inexistência de tratamento local”. Essa compreensão reforça a necessidade de responsabilização do Estado, que não pode tratar o TFD como mera liberalidade administrativa. O direito à saúde, enquanto direito fundamental, impõe ao poder público o dever de agir positivamente para assegurar as condições de acesso e de continuidade do tratamento.

Os estudos de Escorsim e Rosa (2021, p. 550) sobre o transplante de medula óssea revelam a complexidade do TFD quando aplicado a procedimentos de alta especialização. As autoras destacam que o deslocamento de pacientes para outros estados, muitas vezes por períodos prolongados, exige coordenação intermunicipal e interinstitucional, além de suporte psicossocial contínuo. “O TFD é mais do que um deslocamento geográfico; é um deslocamento existencial”, afirmam as pesquisadoras, enfatizando a necessidade de um olhar humanizado e interdisciplinar sobre o processo.

Da mesma forma, Gurjão, Maia e Carvalho (2018, p. 174) observaram que, para pacientes renais crônicos, o TFD é a única possibilidade de manter a vida, dado que os serviços de diálise e transplante estão concentrados em poucos polos. O estudo reforça que o programa, embora salvífico, “gera dependência estrutural de deslocamentos constantes e custosos, que poderiam ser evitados com investimentos em descentralização da atenção”. Essa constatação converge com as análises de Barbosa et al. (2010) e Costa et al. (2020), que apontam a necessidade de fortalecer a rede local de serviços para reduzir a demanda pelo TFD e, assim, garantir maior autonomia às regiões periféricas.

A pesquisa de Oliveira et al. (2022, p. 10536) acerca da população ribeirinha do Amazonas amplia a compreensão da desigualdade territorial, no artigo 5. Os autores descrevem que as longas distâncias e a precariedade dos meios de transporte tornam o acesso ao TFD uma experiência extenuante, marcada por riscos e atrasos. Nessas regiões, o programa assume caráter essencial para a

sobrevivência, mas sua implementação é dificultada pela ausência de infraestrutura básica. Tal cenário evidencia que o TFD não pode ser pensado isoladamente, mas articulado com políticas de transporte sanitário, hospedagem pública e assistência social.

A partir de uma perspectiva comparativa, Neta et al. (2019, s/p.) afirmam que o acesso desigual ao TFD reflete “a falta de integração entre as esferas de gestão e a inexistência de planejamento regional que assegure fluxos assistenciais contínuos”. O resultado é a sobrecarga dos municípios de referência, que recebem demandas superiores à sua capacidade operacional, comprometendo a qualidade do atendimento. Esse contexto também reforça a importância do planejamento intermunicipal e da pactuação regional como instrumentos de gestão compartilhada no SUS.

A discussão metodológica de Grant e Booth (2009, p. 94), embora voltada a revisões científicas, oferece subsídios para compreender a necessidade de estudos sistematizados sobre o TFD. Segundo as autoras, a sistematização do conhecimento permite “identificar lacunas, avaliar a efetividade das políticas e orientar decisões baseadas em evidências”. Aplicada ao campo do TFD, essa abordagem sugere a importância de monitorar continuamente o programa, avaliar seus resultados e propor aperfeiçoamentos estruturais.

Outro ponto relevante refere-se à dimensão simbólica e emocional do TFD, frequentemente invisibilizada nos estudos administrativos. Verdugo (2023, p. 79) relata que os usuários do programa vivem um misto de sentimentos entre o medo, a esperança e a gratidão, o que demonstra que o deslocamento em busca de tratamento ultrapassa a dimensão técnica e envolve processos subjetivos de sofrimento e resiliência. A autora destaca que “a política do TFD é também uma política de afetos, na qual o cuidado se materializa nas trajetórias singulares de cada paciente”. Essa perspectiva humaniza o debate e reforça a importância de compreender o programa a partir da experiência dos sujeitos envolvidos.

As situações que demandam o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) estão diretamente associadas à ausência de serviços especializados nos municípios de origem, à carência de profissionais e à desigual distribuição dos recursos de saúde no território brasileiro. O TFD, portanto, expressa simultaneamente o compromisso do Estado com a universalidade da saúde e as limitações estruturais que impedem sua plena efetivação. Apesar dos avanços, persistem desafios significativos, como a

burocratização do acesso, a insuficiência de recursos financeiros e a falta de integração entre os níveis de atenção. Diante disso, conclui-se que o TFD, embora imprescindível, não deve ser naturalizado como solução permanente, sendo necessário avançar na regionalização da atenção à saúde, na ampliação da rede de média e alta complexidade nos municípios e na valorização do trabalho das equipes multiprofissionais que viabilizam o programa. Como destaca Azevêdo (2016, p. 412), “o fortalecimento do SUS passa pelo fortalecimento do TFD, mas também pela superação das condições que o tornam indispensável”. Assim, mais do que um benefício, o TFD representa uma expressão concreta da luta pelo direito à vida, pela dignidade e pela justiça social no Brasil.

#### **4.2 Processo de operacionalização do TFD no SUS, desde a solicitação até a execução do tratamento**

O assistente social desempenha um papel essencial no Programa de Tratamento Fora do Domicílio, mediando o processo de acesso, orientando pacientes e promovendo acolhimento humanizado. De acordo com Silva, Domingos e Negreiros (2023), esses profissionais enfrentam desafios estruturais, como a precariedade do TFD, a inabilidade de atuação junto aos municípios de origem e o desconhecimento dos usuários a respeito de seus direitos no programa. Embora o TFD represente um avanço para a efetivação do direito à saúde, a prática do serviço social revela a fragmentação das redes de atenção, indicando a necessidade de fortalecimento da gestão pública, maior transparência e uma efetiva regionalização.

Mais do que um benefício assistencial, o TFD simboliza a luta pela equidade e pela dignidade no cuidado em saúde, expressando tanto as potencialidades quanto às contradições do SUS em um país marcado por profundas desigualdades territoriais. Nesse contexto, esse tipo de tratamento surge como um mecanismo de equidade, assegurando que as barreiras geográficas não se tornem impeditivas ao direito à saúde, princípio basilar da Constituição Federal de 1988. Sua operacionalização, desde a solicitação até a execução do tratamento, representa um percurso complexo, que envolve dimensões administrativas, logísticas, financeiras e humanas, refletindo os desafios estruturais do SUS e a própria desigualdade regional existente no Brasil.

No entanto, como aponta Calixto (2023), esse processo é permeado por burocracias que muitas vezes comprometem a celeridade e a efetividade do atendimento. A autora observa que, apesar de o TFD representar uma garantia constitucional de acesso, o seu funcionamento depende da disponibilidade orçamentária municipal e da capacidade de gestão local. Em municípios de baixa renda, essa limitação financeira transforma o direito em benefício incerto, sujeito à discricionariedade administrativa e às oscilações políticas. Nessa perspectiva, a operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio passa a ser mais que uma questão técnica: é também uma questão de justiça social e de garantia de direitos.

Conceição (2018) reforça essa análise ao discutir a ambiguidade entre o TFD como direito e como benefício. Para a autora, o programa se insere num contexto de seletividade da política social, onde o direito universal à saúde é, por vezes, tratado como favor concedido pelo Estado. Essa condição é agravada pela carência de informações claras aos usuários e pela ausência de uniformidade nos critérios de concessão do TFD, que variam conforme o município. Assim, o processo de solicitação pode se tornar desigual, gerando exclusões implícitas, sobretudo entre populações mais vulneráveis e com menor capital social.

O percurso de solicitação do TFD inicia-se, geralmente, com o encaminhamento médico, que atesta a necessidade de tratamento fora do domicílio por inexistência de recursos técnicos ou profissionais especializados no município. Esse documento é então avaliado pela Comissão Municipal de TFD, responsável por analisar a pertinência clínica e autorizar o deslocamento. Segundo Costa et al. (2020), esse processo, embora padronizado em teoria, na prática sofre interferências decorrentes de deficiências administrativas, falhas de comunicação entre os entes federativos e insuficiência de transporte sanitário adequado. O resultado é que muitos pacientes enfrentam atrasos significativos até o efetivo agendamento do atendimento.

O estudo de Barbosa et al. (2010), realizado em Belém do Pará, evidencia o perfil dos pacientes que recorrem ao TFD: em sua maioria, pessoas de baixa renda, oriundas de municípios periféricos e com doenças crônicas ou de alta complexidade. Essa caracterização reforça a função redistributiva do programa, mas também revela sua fragilidade estrutural, pois a dependência do programa é maior justamente nas regiões com menor capacidade administrativa e financeira. Assim, a

operacionalização do programa acaba reproduzindo as desigualdades que deveria reduzir, conforme o artigo 13.

De acordo com Gurjão, Maia e Carvalho (2018), artigo 10, entre os pacientes submetidos a transplante renal em hospitais universitários, o TFD se torna não apenas um meio de acesso ao tratamento, mas também um instrumento de sobrevivência. Os autores destacam que, além dos desafios logísticos, o deslocamento envolve impactos psicossociais significativos, como o afastamento familiar e a adaptação a novos ambientes de cuidado. Essa dimensão humana do processo é frequentemente negligenciada nas políticas públicas, que tendem a priorizar aspectos financeiros e burocráticos.

Escorsim e Rosa (2021) ampliam essa reflexão ao analisarem o acesso ao transplante de medula óssea por meio do TFD. As autoras observam que, para procedimentos de alta complexidade, o programa é essencial, mas insuficiente. A logística de transporte, a articulação entre serviços de saúde e o acompanhamento pós-tratamento ainda carecem de integração. Muitas vezes, o paciente retorna ao município de origem sem garantia de continuidade terapêutica, o que compromete a eficácia do tratamento realizado fora do domicílio conforme o artigo 7.

Moraes de Oliveira et al. (2022), artigo 5, examinam a situação das populações ribeirinhas do Rio Amazonas, revelando um quadro de desigualdade geográfica profunda. Nessas comunidades, o acesso ao TFD é dificultado não apenas pela distância, mas também pela falta de infraestrutura e pela desinformação dos usuários. O deslocamento até o centro de referência pode envolver dias de viagem, e o custo humano desse processo é elevado. Essa realidade demonstra que a operacionalização do programa não pode ser compreendida apenas em termos administrativos, mas deve considerar as condições socioespaciais e culturais das populações assistidas.

Silva et al. (2023) destacam o papel do assistente social na gestão do TFD, enfatizando que o profissional atua como mediador entre o paciente e o sistema, orientando sobre os direitos e acompanhando os trâmites burocráticos. Essa função é crucial, sobretudo em hospitais de referência que recebem grande número de pacientes de outras localidades. A presença do assistente social contribui para humanizar o atendimento e reduzir a vulnerabilidade social dos usuários durante o processo de deslocamento e tratamento, conforme o artigo 3.

Azevêdo (2016) e Forte (2022) convergem ao afirmar que o TFD, embora juridicamente previsto como direito, muitas vezes é tratado pela administração pública como ato discricionário. Forte argumenta que essa postura revela uma contradição na aplicação prática da política pública, pois a saúde é um direito social de caráter universal e incondicional. Quando esse tipo de tratamento depende da conveniência administrativa, o princípio da universalidade do SUS é violado, convertendo o direito em privilégio.

Verdugo (2023), artigo 1, contribui com uma análise das trajetórias de cuidado dos usuários do TFD no município de Santos. Sua pesquisa mostra que o programa não se resume à viagem ou ao atendimento fora da cidade: ele representa uma experiência de vida marcada por deslocamentos, incertezas e desafios emocionais. O processo de operacionalização, nesse sentido, envolve não apenas gestão e transporte, mas também acolhimento, escuta e acompanhamento. Neta et al. (2025), artigo 9, abordam os limites e desafios do TFD em Três Rios, destacando a carência de recursos e a necessidade de aprimorar os mecanismos de articulação intermunicipal. Segundo os autores, é urgente implementar estratégias de regionalização que reduzam a dependência do programa, fortalecendo as redes locais de atenção à saúde.

Essa proposta dialoga com a ideia de que o Tratamento deve ser uma medida excepcional, e não a regra, no acesso a serviços especializados. O estudo de Grant e Booth (2009) sobre metodologias de revisão científica, ainda que não trate especificamente do TFD, oferece um aporte metodológico importante para compreender a diversidade de abordagens na avaliação de políticas públicas. A análise de revisões proposta pelos autores evidencia a importância de combinar estudos descritivos, exploratórios e avaliativos para captar a complexidade das políticas como o TFD, que envolvem múltiplos atores e contextos. Diante desse panorama, a operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio revela-se como um processo que vai muito além da mera execução administrativa. Ela envolve o reconhecimento do paciente como sujeito de direitos, a garantia de transparência nos critérios de concessão, a qualificação dos profissionais envolvidos e a articulação efetiva entre os níveis de gestão do SUS. Ao mesmo tempo, impõe o desafio de assegurar sustentabilidade financeira e logística, especialmente em estados e municípios com menor capacidade de investimento.

Como observa Calixto (2023), no artigo 2, a consolidação do TFD como política pública efetiva depende da superação de um modelo assistencial fragmentado, ainda marcado por desigualdades regionais e pela falta de integração entre os entes federados. É necessário, portanto, pensar o TFD não como um fim em si mesmo, mas como parte de uma política mais ampla de acesso e equidade em saúde. A gestão compartilhada e a descentralização administrativa, pilares do SUS, devem ser reforçadas para que o direito à saúde seja plenamente exercido.

Em síntese, o processo de operacionalização do Tratamento Fora de Domicílio no SUS reflete tanto as potencialidades quanto às contradições do sistema público de saúde brasileiro. Desde a solicitação até a execução do tratamento, o percurso do paciente é permeado por burocracias, desigualdades e desafios humanos, mas também por ações solidárias, profissionais comprometidos e políticas que buscam concretizar o ideal de equidade. O TFD, portanto, é expressão concreta da luta pelo direito à saúde em um país continental, onde o deslocamento se torna, muitas vezes, o caminho inevitável para a sobrevivência e a dignidade.

### **4.3 Os desafios encontrados em relação ao TFD**

Para responder esse objetivo, foi elaborada a Tabela 2, que descreve os temas abordados, a quantidade de artigos que identificaram desafios no TFD, as referências correspondentes e as cidades de publicação.

Tabela 3: Principais Resultados dos Artigos

Tema/assunto	Número de artigos	Referências/artigos	Localização
Ajuda de custo e atraso no pagamento	8	1 2 6 7 10 11 12 14	Belém (PA) Londrina (PR) Santarém (PA) Fortaleza (CE) Três Rios (RJ) Salvador (BA) João Pessoa (PB) Belém (PA)
Falta de Informação e Desconhecimento dos Direitos:	4	3 6 10 13	Curitiba (PR) Santarém (PA) Três Rios (RJ) Santos (SP)
Insuficiência de Profissionais e Estrutura Precária	3	5 6 11	Marabá (PA) Santarém (PA) Salvador (BA)
Cobertura limitada	2	4 12	Parintins (AM) João Pessoa (PB)
Problemas nos transportes	2	12 13	João Pessoa (PB) Santos (SP)
Insuficiência no atendimento integral	2	7 8	Fortaleza (CE) Macapá (AP)
Desafios Orçamentários e de Execução	1	9	Piauí

Fonte: a autora, 2025.

Ao todo, foram identificados 7 (sete) temas principais: ajuda de custo e atraso no pagamento; falta de informação e desconhecimento dos direitos; insuficiência de profissionais e estrutura precária; cobertura limitada; problemas nos transportes; insuficiência no atendimento integral; e desafios orçamentários e de execução. Na Tabela 2, dos 7 (sete) temas identificados, 6 (seis) foram mencionados em mais de um artigo. Por exemplo, no problema 1 (ajuda de custo e atraso no pagamento), 8 (oito) artigos apontaram essa questão como a principal. Já na seção “Referências/Artigos”, são indicados quais estudos abordaram esse problema.

Após a análise dos artigos, observou-se que 57,14% deles (8 de um total de 14) destacaram como principal problema o atraso no pagamento da ajuda de custo. Esse benefício, destinado à alimentação e pernoite do paciente e seu acompanhante, mostrou-se insuficiente para atender a todas as necessidades. Os atrasos variam entre 2 e 6 meses e, em alguns casos, há relatos da completa falta de repasse, obrigando os pacientes a utilizarem recursos próprios para arcar com as despesas. Na maioria das vezes, os usuários não têm condições financeiras para se

manter em outras cidades, especialmente por se tratar de grandes centros urbanos, onde o custo de vida é elevado.

Além disso, os pacientes e seus acompanhantes não recebem nenhum tipo de ajuda de custo, sendo obrigados a arcar com despesas como alimentação e estadia durante o deslocamento. Essa realidade torna o processo ainda mais desgastante, principalmente para famílias de baixa renda, que muitas vezes enfrentam dificuldades para custear esses gastos. A ausência desse suporte financeiro acaba limitando o acesso ao serviço para aqueles que não têm condições de pagar por essas despesas. Na leitura do artigo 11, foram feitas entrevistas com os usuários que utilizam o TFD e alguns deles relataram que ajuda de custo é insuficiente para suprir as necessidades: “[...]O carro está caindo aos pedaços. Faz medo voltar para casa. E a ajuda de custo dada por eles não supre. Não é condizente ao nosso gasto real” (Conceição, 2018).

Entretanto, nem todos os usuários do TFD concordam que o valor da ajuda de custo seja insuficiente, conforme destacado no artigo 2, como demonstrado a seguir: “Observa-se que apenas três entrevistadas afirmaram que os benefícios recebidos eram suficientes e não precisavam melhorar” (Calixto, 2023).

Dessa forma, percebe-se que mais da metade dos artigos apontam a insuficiência da ajuda de custo como o principal problema na perspectiva dos usuários do TFD. Isso reforça a necessidade de revisar o valor desse benefício, de modo que ele seja adequado para atender às demandas dos pacientes de maneira mais eficiente e digna, para que se cumpra o princípio da integralidade.

Além da questão financeira, outro desafio identificado é a falta de informação e o desconhecimento dos direitos dos usuários em relação ao tratamento fora do domicílio têm sido um dos principais problemas identificados. Após a análise dos artigos, observa-se que muitos pacientes desconhecem não apenas a existência do programa, mas também seus direitos e o funcionamento do mesmo.

Além disso, em uma pesquisa realizada por pesquisadores da Universidade do Estado do Pará, em 2023, com os assistentes sociais acerca do TFD, houveram vários relatos sobre a falta de conhecimento do usuário sobre os seus direitos: “‘poxa, o município não esclareceu isso pra mim’, então, nos deparamos muito com essa fala do usuário que ele não conhece os direitos dele referente ao TFD” (Silva et al, 2023) conforme destacado no artigo 3.

muitas das vezes o paciente não sabe dos direitos dele sobre o TFD, muitas das vezes ele só tem a compreensão depois que a gente orienta, explica certinho, alguns trazem o TFD em mãos, só que eles não sabem nem o que estão carregando com eles (Silva et al, 2023).

Ainda na mesma pesquisa de Silva et al. (2023), outro assistente social relata sobre os direitos que os usuários desconhecem: “Não sabem dos direitos deles [...] A maioria vem sem orientações [...] Tem pacientes que estão com o TFD na mão, mas não sabem nem o que é o TFD” (Silva et al., 2023).

Conforme visto nas falas acima, muitas vezes os assistentes sociais desempenham o papel fundamental, informando aos pacientes os seus direitos e a funcionalidade do TFD, ou seja, deve haver mais informações sobre o programa para que seja conhecimento de todos, como fala o artigo 196 da CF de 1988 “A saúde é dever de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

Em outra dissertação feita na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, também é falado sobre o direito desconhecido “Identificamos também o conhecimento tardio do TFD como direito” (Verdugo, 2023), conforme destacado no artigo 1. Outro desafio que apareceu nas leituras dos artigos é a falta de profissionais para atender a todos os usuários, além das condições das casas de apoio<sup>1</sup>. A escassez de profissionais e a estrutura inadequada dessas casas dificultam o atendimento e o conforto dos pacientes, que acabam passando por mais dificuldades em um momento já tão desafiador.

No artigo 3, observa-se a fala de um assistente social acerca da estrutura das casas de apoio:

[...] outra barreira também é quanto a situação precária das casas de apoio, superlotadas, falta de alimentação, então, isso acaba interferindo no bem estar e saúde dos usuários, o que acaba impactando no nosso trabalho, na nossa forma de garantir a viabilização desses direitos (Silva et al., 2023, p. 16).

Depois de analisarmos essa fala, fica claro que, além do programa não oferecer a ajuda de custo necessária, o paciente acaba desamparado e emocionalmente esgotado. Além de todo o desgaste de precisar se deslocar para outra cidade em busca de tratamento, ainda precisa enfrentar as condições precárias das casas de apoio

---

<sup>1</sup> A casa de apoio é mais um benefício do TFD. Apesar de não estar prevista na Portaria SAS/MS nº 455/1999, ela é uma estratégia usada pelos gestores municipais para garantir a estadia de usuários que precisam ficar mais de um dia em outro município para realizar seu tratamento.

A falta de infraestrutura adequada não só agrava o cansaço, mas também dificulta o processo de melhora, tornando o caminho para a recuperação ainda mais desafiador e impactando diretamente no estado emocional dos usuários, conforme visto nas falas abaixo do artigo 7:

Minha experiência em relação ao TFD foi bastante exaustiva, tanto emocional quanto física. Precisei recorrer judicialmente para conseguir uma casa de apoio porque o município se negou a fornecer, após conseguir, acabei por ficar apenas uma semana porque a casa não oferecia suporte mínimo para um paciente pós transplante de medula óssea (Escorsim e Rosa, 2021, p. 561).

No artigo 11, é destacado o impacto emocional que os usuários do TFD (Tratamento Fora de Domicílio) sofrem, e isso fica bem claro nas falas de uma das entrevistadas da pesquisa, que é mãe de uma criança em tratamento oncológico em Salvador: “Quer dar um castigo para alguém bem mal? Mande para uma Casa de Apoio.” (Conceição, 2018, p. 43). Em seguida, outra paciente compartilha sua experiência: “Vocês assistentes sociais acham que mandando alguém para casa de apoio estão fazendo um bem, mal sabem que estão só começando o sofrimento de alguém” (Conceição, 2018, p. 43).

Como dá para perceber nessas falas, o impacto emocional nos pacientes que precisam ficar em casas de apoio é enorme. E isso fica ainda mais evidente quando falamos de pessoas que estão passando por tratamento oncológico, um processo que já é um desgaste emocional por si só, tanto para quem está doente quanto para os responsáveis.

No artigo 8, foi realizada uma pesquisa na cidade de Marabá (PA), região Norte do Brasil, sobre os usuários que utilizam o TFD, observa-se a seguinte afirmação: “A necessidade de encaminhamento de pacientes para outros municípios via TFD” (Costa et al., 2020). Indicando que a cidade não possui profissionais e/ou estrutura adequada para atender especialidades como oncologia, oftalmologia e hematologia, que, além de serem as mais demandadas, também representam os maiores custos para o programa.

Ainda no artigo 8, há uma recomendação com a qual a autora deste trabalho concorda: a criação de instituições públicas especializadas e a realização de parcerias com hospitais e clínicas particulares. Essa medida é essencial para melhorar o atendimento à população, garantindo mais acesso e eficiência nos

serviços de saúde. Além disso, beneficiaria diretamente os pacientes, reduzindo a necessidade de deslocamento e os custos que muitos acabam tendo que arcar, permitindo um acompanhamento mais próximo e contínuo, o que faz toda a diferença na qualidade de vida.

O artigo 9 também destaca a ausência de profissionais essenciais para garantir um melhor atendimento aos usuários do TFD. Em especial, aponta que o quadro de funcionários é insuficiente para atender toda a demanda, ressaltando a escassez de assistentes sociais, que são fundamentais para avaliar as necessidades dos pacientes. Como consequência, essa falta de profissionais sobrecarrega outros membros da equipe de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento.

Ainda no artigo 9 é destacado que a infraestrutura do serviço de TFD ainda apresenta diversas limitações que impactam diretamente os pacientes. Um dos principais problemas é a insuficiência de vagas para atender toda a demanda, o que resulta em longas filas de espera e pode atrasar tratamentos essenciais. Muitos pacientes precisam aguardar por um período prolongado para conseguir uma vaga, o que pode agravar suas condições de saúde, gerando desgastes emocionais e ainda comprometer a eficácia do tratamento.

Mesmo com todas essas dificuldades, os funcionários do TFD fazem o possível para oferecer um atendimento adequado dentro das limitações do serviço. A organização dos transportes leva em conta a gravidade do estado de saúde dos pacientes e o tempo de viagem, tentando amenizar os impactos da infraestrutura precária. Porém, sem um investimento maior do poder público, o serviço continua operando com restrições e não consegue seguir totalmente as diretrizes da Portaria nº 55 do Ministério da Saúde.

Além das dificuldades financeiras, da escassez de profissionais e da infraestrutura precária, o transporte também é um grande desafio, como aponta o artigo 2. Mesmo com a necessidade de transporte, os usuários do TFD não têm uma assistência completa, pois as condições oferecidas são limitadas e parciais. Na maioria dos municípios, o transporte disponível é apenas terrestre, sem garantir apoio com alimentação e acomodação nos locais de tratamento. O texto ainda destaca que, devido à organização do SUS, as especialidades médicas de média e alta complexidade ficam concentradas nos grandes centros urbanos, dificultando o acesso para quem mora em cidades menores e distantes.

Esses problemas de transporte incluem longas horas de viagem, falta de transporte adequado, os gestores municipais organizam o TFD de formas diferentes, mas, de maneira geral, há uma grande desorganização e falta de compromisso com os direitos dos usuários. Além disso, muitos não sabem que têm direito ao transporte e a outros benefícios do TFD, o que acaba resultando em um acesso inadequado aos direitos que deveriam ser garantidos, conforme destacado no artigo 12.

Ainda no artigo 2 é destacado a fala de um usuário que fala sobre essa cobertura limitada que o tfd tem:

Se a pessoa precisar ir em mais de um hospital no mesmo dia a van só deixa em um local, para ir no outro hospital a pessoa tem que ir por conta própria. Isso é muito errado, nem todo mundo sabe pegar ônibus ou Uber, e também nem sempre a pessoa tá com dinheiro pra ir de um lugar pra outro (Calixto, 2023).

Como foi visto na fala acima, além de o TFD não cobrir os custos quando o paciente precisa se deslocar para dois lugares diferentes, a assistência oferecida é limitada. Nesse caso, a responsabilidade de arcar com as despesas do transporte para o segundo local acaba ficando com o próprio usuário, o que dificulta ainda mais o acesso ao tratamento necessário.

No entanto, evidencia-se o relato da entrevistada número 16 ao afirmar que “poderia melhorar, era ‘pra’ separar o transporte escolar do transporte da saúde, porque, na verdade, o ônibus é escolar e os pacientes têm que dividir o ônibus com os alunos” (Calixto, 2023).

Aqui, observa-se um problema ainda mais grave, pois os recursos destinados ao TFD não estão sendo adequadamente aplicados. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 55/1999, os usuários que realizam tratamento em outro município deveriam ter seu tratamento garantido com segurança e respeitando suas necessidades específicas, mas isso não está sendo atendido.

Outro problema apontado foi a cobertura limitada do TFD, uma vez que o custo do deslocamento da residência do paciente até a Secretaria de Saúde, onde é definido o transporte para o município de referência, conforme os Manuais Estaduais de TFD, fica a cargo dos próprios pacientes, o que representa uma dificuldade para muitos.

Nesse contexto, uma pesquisa realizada no estado do Amazonas sobre o acesso da população ribeirinha do rio Amazonas destaca, no artigo 5, que “os deslocamentos

das comunidades ribeirinhas para Parintins não são custeados pelo serviço” (Oliveira et al., 2022), evidenciando, mais uma vez, a cobertura limitada do tratamento fora de domicílio.

Além de todos os temas citados acima, observa-se que há insuficiência no atendimento integral para com os usuários, desde o repasse atrasado da ajuda de custo de alimentação e pernoite dos pacientes e seus acompanhantes, ou até mesmo o não repasse, até mesmo problemas nas estruturas das casas de apoio e nos transportes.

No artigo 6, fica bem evidente como o atendimento integral é insuficiente. Muitos pacientes acabam desistindo do tratamento porque não conseguem bancar os custos, já que o auxílio financeiro é baixo e, quando sai, demora. Além disso, a falta de estrutura pesa bastante, já que nem sempre há vagas disponíveis nas casas de apoio, obrigando os pacientes a pagarem hospedagem do próprio bolso. No fim das contas, o valor repassado, quando chega, mal cobre 10% das despesas reais.

Corroborando com o artigo 10, o artigo 6 também destaca sobre os atendimentos que são insuficientes para atender as necessidades dos pacientes, destacando sobre a disfunção da burocracia e da falta de organização da administração do TFD e alguns pacientes precisam buscar alternativas por conta própria para garantir a continuidade do tratamento, conforme visto na fala abaixo: “eu tive que entrar em contato com o TFD de Fortaleza, falar com uma pessoa do TFD de Fortaleza e pedir pra ele que agilizasse a minha consulta [...] quem fez o contato foi eu mesmo” (Gurjão, Maia e Carvalho, 2018, p. 168).

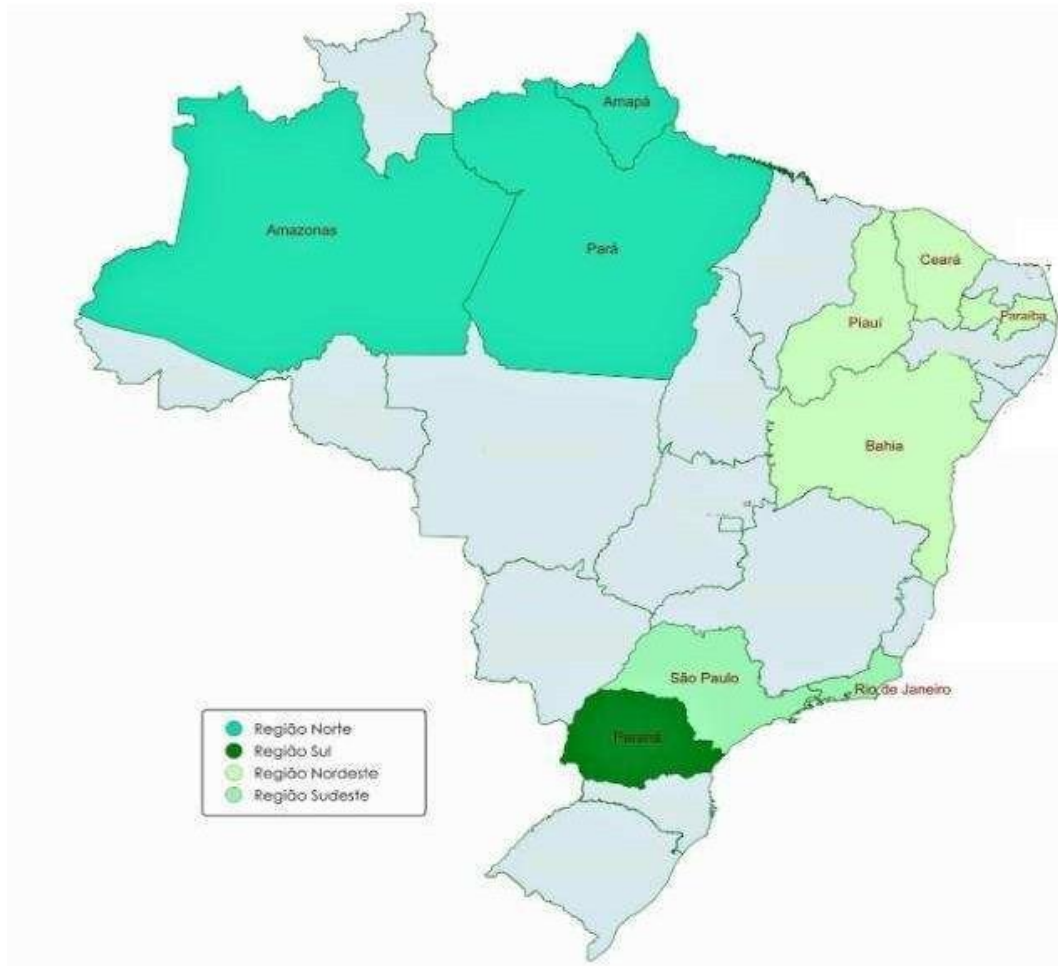
Além disso, outro desafio encontrado foi que a previsão orçamentária destinada ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD) revelou-se insuficiente, evidenciando uma falha na capacidade de planejamento financeiro. Essa insuficiência se tornou ainda mais crítica quando comparada aos valores necessários para atender à produção aprovada, dificultando a execução plena dos pagamentos de benefícios e gerando consequências diretas no acesso dos pacientes aos serviços de saúde essenciais, conforme destacado no artigo 12.

O artigo 12 destaca: "A constatação pelos dados do período analisado de que a previsão orçamentária dos recursos foi insuficiente para fazer face aos pagamentos dos benefícios aprovados pelo TFD no Piauí" (Azevêdo, 2016, p.410). Para complementar a análise de dados deste artigo, foi elaborado um mapa, por meio da ferramenta MapChart, destacando as regiões do Brasil e o nome dos

estados de cada região onde os temas discutidos anteriormente tiveram maior destaque.

Conforme mostra a figura 1 abaixo:

Figura 1: Distribuição Regional dos Temas Destacados no Brasil



Fonte: a autora, 2025.

A análise revelou que as regiões que mais se destacaram foram o Nordeste, Norte, Sudeste e Sul do Brasil. As cidades abordadas em cada região foram: Nordeste: Salvador (BA), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB) e o estado do Piauí como um todo.

Norte: Belém (PA), Santarém (PA), Marabá (PA), Parintins (AM) e Macapá (AP).

Sudeste: Santos (SP) e Três Rios (RJ).

Sul: Curitiba (PR) e Londrina (PR)

No Norte, as questões mais recorrentes envolvem a ajuda de custo e o atraso nos pagamentos, a falta de profissionais qualificados, a estrutura precária das casas de apoio, a cobertura limitada do TFD e a insuficiência no atendimento integral. Assim como no Nordeste, a logística e a escassez de recursos são os principais obstáculos, dificultando o acesso dos pacientes aos tratamentos essenciais. Além disso, muitas localidades ainda carecem de uma infraestrutura adequada e de profissionais especializados, o que agrava ainda mais a situação e faz com que o TFD, apesar de ser uma necessidade urgente, nem sempre consiga ser usufruído da forma como deveria.

Embora no Sul e Sudeste os problemas aparecem com menos frequência, ainda assim há questões que precisam ser melhoradas. O atraso no pagamento da ajuda de custo, a falta de profissionais e a infraestrutura precária das casas de apoio, além da cobertura limitada e os problemas com transporte, são dificuldades que ainda afetam o atendimento nessas regiões. Mesmo com uma estrutura de saúde mais avançada, os desafios persistem e indicam a necessidade de ajustes no sistema para garantir que todos tenham acesso a um tratamento de qualidade e digno.

No fim das contas, dá pra ver que o TFD precisa de mudanças urgentes pra realmente cumprir seu papel. Uma das primeiras coisas seria regularizar a ajuda de custo, evitando atrasos e garantindo que o valor seja suficiente pro paciente se manter enquanto faz o tratamento. Além disso, investir na estrutura do programa, com mais profissionais preparados e uma rede de atendimento mais eficiente, faria toda a diferença, evitando que as pessoas fiquem sem assistência quando mais precisam.

Mesmo nas regiões onde os desafios aparecem menos, isso não quer dizer que está tudo certo. Qualquer falha pode acabar deixando alguém sem atendimento, e isso não pode ser ignorado. Se houver mais investimento e organização, o TFD pode ser de fato um suporte real para quem precisa, sem que ninguém fique desamparado no meio do caminho.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que o estudo ampliou a compreensão do problema, ao evidenciar que, embora o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) desempenhe um papel essencial no SUS, diversos desafios comprometem sua efetividade. A análise revelou questões que ultrapassam o problema inicialmente proposto, como a falta de informação dos usuários sobre o direito ao TFD, a desorganização administrativa e a precariedade das casas de apoio, além dos atrasos na ajuda de custo e da insuficiência de profissionais. Esses achados não apenas confirmam as dificuldades já conhecidas, mas também mostram novas relações e apontam problemas adicionais, indicando que o acesso desigual e a fragilidade logística agravam as barreiras para o atendimento, especialmente entre populações mais vulneráveis.

A metodologia adotada foi baseada em análise de publicações científicas e documentos oficiais, assim mostrou-se suficiente para alcançar os objetivos propostos, pois permitiu identificar padrões, divergências e lacunas sobre o funcionamento do TFD no país. No entanto, a escassez de estudos sobre o tema demonstra a necessidade de aprofundamentos futuros, especialmente pesquisas empíricas que investiguem a experiência dos usuários, a qualidade das casas de apoio, a regularidade dos repasses financeiros e a eficiência do transporte oferecido.

Em síntese, a investigação não apenas respondeu ao problema inicial, mas também descobriu novas dimensões que precisam ser discutidas, indicando que o TFD, embora essencial em sua proposta, ainda carece de aprimoramentos estruturais e gerenciais para garantir um atendimento digno e equitativo. Estudos futuros são fundamentais para fortalecer o debate e orientar melhorias concretas no programa.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Mariana de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do; ARAUJO, Bianca de Oliveira. *Dinâmica organizativa do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média e alta complexidade*. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 1, n. 25, p. 63-75, 30 abr. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15844/20754>. Acesso em: 02 set. 2024.

AZEVEDO, Sandro Roberto. *O programa de tratamento fora de domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí*. Holos, Piauí, v. 2, p. 402-413, 20 abr. 2016. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). DOI: <http://dx.doi.org/10.15628/holos.2016.3360>. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/3360>. Acesso em: 02 set. 2024.

BARBOSA, H. M. de M. et al. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. Revista PanAmazônica de Saúde, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 5, 2010. DOI: 10.5123/S2176-62232010000300006. Disponível em: <https://ojs.iec.gov.br/index.php/rpas/article/view/1367>. Acesso em: 11 fev. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf). Acesso em: 15 julho de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 5 de junho de 2024.

BRASIL. Portaria n.º 2.048, de 3 de setembro de 2009. Institui a Rede de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primariae-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistemapublico-de-saude-domundo#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,o%20ftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dica.> Acesso em: 02 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html).

Acesso em: 20 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento da Média e Alta Complexidades - MAC. 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-dosus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/financiamento-damedia-e-alta-complexidades-mac> . Acesso em: 02 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.230, de 14 de outubro de 1999. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230\\_14\\_10\\_1999.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1230_14_10_1999.html).

Acesso em 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2309, de 19 de dezembro de 2001. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309\\_19\\_12\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html).

Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html?gclid=EAlalQobChMItOGWvHj6gIVUQSRCh2skQgpEAAYAiAAEgJwgvD\\_BwE/amp/](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html?gclid=EAlalQobChMItOGWvHj6gIVUQSRCh2skQgpEAAYAiAAEgJwgvD_BwE/amp/).

Acesso em: 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf). Acesso em: 2 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saiba mais sobre a APS. 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em:

02 set. 2024. Brazil | Create a custom map. Disponível em: Brazil | MapChart. Acesso em: 07 fev. 2025.

Calixto, Randriele de Lima. *A POLÍTICA SOCIAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD) E A GARANTIA DE DIREITOS NOS CUIDADOS EM SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO POBRE*. 2023. 112 f. TCC (Graduação) - Curso de Bacharelado em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba (Ufpb), João Pessoa, 2023. Disponível em:

[https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/28092/1/\\_pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/28092/1/_pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

Conceição, Chaiane Souza. *Tratamento Fora De Domicílio (Tfd): Entre O Direito, O Benefício E O Artifício*. 2018. 58 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em:

[https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/chaiane-souza-conceicao\\_20-12-2018\\_tccfinal.pdf](https://ips.ufba.br/sites/ips.ufba.br/files/chaiane-souza-conceicao_20-12-2018_tccfinal.pdf). Acesso em: 11 fev. 2025.

COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO - CGRA. Painel dinâmico.

Monitoramento da produção do TFD. Disponível em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiazk1MDIIMDIYjI2NS00MjI5LTlhNTYtYTM5MUYyZTM5ZmQwliwidCI6IjY5ZDIiMTY3LWJkNTYtNGMzYy1hOGE2LTM1OGY2MDI0NmQ3MCJ9&pageName=ReportSection4968de713922599e2416%7C> Acesso em: 15 julho de 2024.

Costa, L. L. et al. Caracterização dos pacientes atendidos pelo programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nos anos de 2016 e 2017 no município de Marabá, Pará. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 3, p. 6544–6561, 2020.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11853/9915>. Acesso em: 11 fev. 2025.

Escorsim, Silvana Maria; Rosa, Amanda Rachel. *Acesso ao Transplante de Medula Óssea por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)*. *Serviço Social em Revista*, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 547–565, 2021. DOI: 10.5433/1679-4842.2021v24n2p547.

Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/39173>.

Acesso em: 11 fev. 2025

ESTADO DE SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD DO ESTADO DE SANTA CATARINA*. Florianópolis - 2020. Disponível em:

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-dedeliberacoes-cib/anexos-da-deliberacao-2020/17497-anexo-da-deliberacao-1362020/file#:~:text=O%20benef%C3%ADcio%20de%20Tratamento%20Fora,de%20m%C3%A9dia%20ou%20alta%20complexidade>. Acesso em: 16 set. 2024.

Forte, A. C. F. do M. e S. *Programa de tratamento fora do domicílio (TFD): direito do paciente ou faculdade da Administração Pública?*. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 8866–8877, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n2-030. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43629>. Acesso em: 11 fev. 2025.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews, Maria J. Grant & Andrew Booth. *Health information and libraries journal*, v. 26, n. 2, p. 91–108, 2009. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/26260835\\_A\\_typology\\_of\\_reviews\\_An\\_analysis\\_of\\_14\\_review\\_types\\_and\\_associated\\_methologies](https://www.researchgate.net/publication/26260835_A_typology_of_reviews_An_analysis_of_14_review_types_and_associated_methologies)

GUEDES, Daniele Ramos; PIMENTEL, Fernanda Picanço; PEREIRA, Geane Trindade; MARQUES, Josicleia da Conceição. *Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do município de Macapá*. Arquivos Científicos Immes, Macapá, v. 3, n. 2, p. 162-170, 16 dez. 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/388>. Acesso em: 02 set. 2024.

Gurjão, F. M.; Maia, L. de F. R. B. Carvalho, M. de F. S. L. de. *Tratamento fora de domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário*. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 17, n. 1, p. 155–180, 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i1.8655206. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655206>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MACIEL, Danielle Lopez. *Tratamento fora do domicílio (TFD) no Município de Santana do Livramento, Estado do Rio Grande do Sul*. 2016. 47 f. TCC (Graduação) - Curso de Administração, Universidade Federal do Pampa - Unipampa, Santana do Livramento, 2016. Disponível em: <https://dspace.unipampa.edu.br/bitstream/rii/1783/1/Danielle%20Lopez%20Maciel.pdf>. Acesso em: 02 set. 2024.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 77–92, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?lang=pt>. Acesso em: 02 set. 2024.

Moraes de Oliveira, D. J.; Oliveira das Neves Guedes, T. R.; Schweickardt, J. C.; Paiva Alves Martinelli dos Santos, I. C.; Souza Reis, A. E. *O acesso da população ribeirinha do rio Amazonas ao tratamento fora do domicílio (TFD)*. Saúde Coletiva (Barueri), [S. l.], v. 12, n. 76, p. 10530–10539, 2022. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i76p10530-10539. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2513>. Acesso em: 11 fev. 2025.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

Neta, F. S. da C. A. et al. *O ACESSO AO TRATAMENTO FORA A DOMICÍLIO DOS PACIENTES DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS: LIMITES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES*. Disponível a: <https://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/467/388>. Acesso em: 11 fev. 2025.

OLIVEIRA, Amanda Borges de. ALBERT, Carla Estefânia. MAGALHÃES, Denilson Ferreira de. *Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Confederação Nacional de Municípios*. S/D. Disponível em: <[https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)%20\(2018\).pdf](https://www.cnm.org.br/storage/biblioteca/Financiamento%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)%20(2018).pdf)>. Acesso em: 2 set. 2024.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS. Saiba tudo sobre o TFD Tratamento Fora do Domicílio. 2017. Disponível em: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/06/manual-tfd-2017.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ. MANUAL REFERENTE À CONCESSÃO DO AUXÍLIO PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS/PIAUÍ. Teresina, 2023. Disponível em: [https://www.saude.pi.gov.br/uploads/ducara\\_document/file/101/ManualTFD.pdf](https://www.saude.pi.gov.br/uploads/ducara_document/file/101/ManualTFD.pdf). Acesso em: 14 set. 2024.

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabelaunificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 13 set. 2024.

SILVA, H. de O. da; SILVA, I. D. e.; NEGREIROS, D. A. de; MATOS, U. L.; MAIA, A. B. A experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos num Hospital de Referência. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 12, n. 12, p. e146121244128, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i12.44128. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/44128>. Acesso em: 11 fev. 2025.

SOLHA, Raphaela Karla de T. *Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2014. E-book. ISBN 9788536513232. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/books/9788536513232>. Acesso em: 02 set. 2024.

TORRES, Adriana. *Recomendações para manual de Tratamento Fora do Domicílio: scoping review*. 2023. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06102023102645/publico/DISSERTA\\_ADRIANA\\_TORRES.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-06102023102645/publico/DISSERTA_ADRIANA_TORRES.pdf). Acesso em: 02 set. 2024.

Verdugo, Carolina Paredes. *TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO- TFD: trajetórias de cuidado de usuários Um estudo no Município de Santos*. 2023. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Santos, 202. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/69520>. Acesso em: 11 fev. 2025.

**APÊNDICE A – Tabela de procedimentos - SIGTAP**

<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR (R\$)</b>
08.03.01.001-0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite do pcte	24,75
08.03.01.003-8	ajuda de custo para alimentação sem pernoite	8,40
08.03.01.003-6	Ajuda de custo para alimentação pernoite (tratamento CNRAC)	24,75
08.03.01.004-4	Ajuda de custo para alimentação/pernoite acompanhante	24,75
08.03.01.005-2	Ajuda de custo para alimentação s/ pernoite acompanhante	8,40
08.03.01.006-0	Ajuda de custo para alimentação/pernoite acompanhante (tratamento CNRAC)	24,75
08.03.01.007-9	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte aereo (cada 200 milhas)	181,50
08.03.01.008-7	Remuneração de deslocamento de paciente para transporte aereo (cada 200 milhas)	181,50
08.03.01.009-5	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte fluvial (cada 27 milhas náuticas)	3,70
08.03.01.010-9	Remuneração de deslocamento de acompanhante para transporte terrestre (cada 50 km de distancia)	4,95