

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

**O IMPACTO DAS AÇÕES PREVENTIVAS NO TRATAMENTO DOS DOENTES
RENALIS CRÔNICOS, PARA JUSTIFICAR, NO ÂMBITO DOS GASTOS
PÚBLICOS, O FOCO NA PREVENÇÃO: UM ESTUDO SOBRE SAÚDE PÚBLICA
EM SANTA CATARINA**

HEDILÉA DA ROSA E SILVA ARCENIO

FLORIANÓPOLIS (SC), JULHO DE 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

**O IMPACTO DAS AÇÕES PREVENTIVAS NO TRATAMENTO DOS DOENTES
RENIS CRÔNICOS, PARA JUSTIFICAR, NO ÂMBITO DOS GASTOS
PÚBLICOS, O FOCO NA PREVENÇÃO: UM ESTUDO SOBRE SAÚDE PÚBLICA
EM SANTA CATARINA**

Monografia submetida ao Departamento de Ciências Econômicas para obtenção de carga horária na disciplina CNM 5420 – Monografia (TCC).

Por: Hediléa da Rosa e Silva Arcenio

Orientador(a): Prof^o Álvaro Dezedério da Luz

Área de Pesquisa: Economia da Saúde

Palavras – Chave: 1) Políticas Públicas de Saúde
2) Custos
3) Prevenção

Florianópolis (SC), julho de 2005.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICA**

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,5 (nove e meio) a aluna HEDILÉA DA ROSA E SILVA na Disciplina CNM 5420 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Prof^o Álvaro Dezidério da Luz
Presidente

Prof^o Sebastião Ailton R. Cerqueira
Membro

Prof^o Vanderlei Sartori
Membro

“Vencedor não é só aquele que vence, mas também quem dá o melhor de si na busca da vitória.”

(Paulo Berri)

AGRADECIMENTOS

Esta página seria pouca para que eu pudesse relacionar aqui, todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. Porém, não poderia deixar de agradecer à DEUS que, em sua infinita bondade e sabedoria, me deu forças para suplantar as dificuldades e a espiritualidade amiga que sempre conduziu meus pensamentos para que eu não desistisse no primeiro tropeço.

Ao professor/orientador Álvaro Dezidério da Luz e professora Patrícia Arienti, por terem acreditado e conduzido a concretização deste trabalho.

À minha tia Zélia H. da Rosa, pelas orações e orientações. Primas: Caroline dos Santos e Daniele Regina de Andrade que, muitas vezes, abriram mão dos seus finais de semana cuidando do meu filho para que eu pudesse estudar.

Às minhas irmãs: Hedilene da Rosa e Silva e Fernanda de Andrade e Silva que sempre estiveram presente durante todo o meu curso, cuidando também do meu filho.

Ao primo, compadre e amigo Dr. Sebastião Ailton da Rosa Cerqueira que me serviu de exemplo e incentivo com seu título de doutorado.

À Fátima Campos que cuidou e cuida do meu filho como se fosse seu.

Às minhas comadres: Adriana Menegaz pelas suas palavras sábias e confortadoras durante as muitas horas de conversa e Cibele Regina Campos da Silva por nunca me deixar desistir dos meus sonhos.

A grande amiga Tânia de Souza que me transmitiu muita força nos momentos mais difíceis desta jornada.

Aos colegas de trabalho, em especial: Kelly Caraméz, Paulo Laux e Daisy Kretzer, por terem segurado a barra durante o expediente, “fingindo” que não estavam vendo que eu só estudava; e ao colega Hamilton Macedo Alves por todo o suporte na hora de concluir este trabalho.

Aos colegas de classe: Welinton Lucas dos Santos e Tatiane Pacheco que esclareceram minhas dúvidas e seguraram a minha “barra” na hora do aperto.

Ao colega de classe e marido Osvanildo Francisco Arcenio por aguentar as minhas choradeiras, por compreender minha ausência, muitas vezes, como esposa, mãe e mulher.

E, por fim, ao meu filho Gian Carlos e Silva Arcenio que mesmo na sua tenra idade, compreendeu minha ausência, ficando na casa de um e de outro durante todo este período. Por isso filho meu, encerro meus agradecimentos com a frase que ouvia e ouço de você todas as noites: *“Eu te amo, tu és minha vida e eu vivo porque tu vives.”*

Minha eterna gratidão.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais: Walter de Andrade e Silva que nunca me desamparou e, mesmo com dores físicas, assumiu, temporariamente, a guarda do meu filho, se preocupando sempre com o meu futuro e nunca medindo esforços para que eu tivesse uma boa formação. Espero estar retribuindo parte do carinho e do amparo recebido. E a minha mãe Zilma Teresa da Rosa e Silva (in memória) que sempre me ensinou a erguer a cabeça diante dos obstáculos da vida, mesmo sendo “mulher negra”. Que chegue lá no plano superior, onde está minha mãe, o meu muito obrigada.

III

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Sessão de Diálise no Hospital Governador Celso Ramos.....	57
Anexo 2: Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim do Hospital Governador Celso Ramos.....	58

IV

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	30
------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Demonstrativo do Número de Internações e Óbitos de TRS.....	22
Tabela 2: Número e percentual (%) de TRS, segundo faixas etárias	24
Tabela 3: Distribuição proporcional (%) de procedimentos de TRS por local de realização e população residente, segundo macrorregiões	26
Tabela 4: TRS realizadas, segundo macrorregião, internação e residência	28
Tabela 5: TRS realizadas, segundo macrorregião, residência e percentual de TRS realizadas fora da macrorregião de residência	29
Tabela 6: Peso no custo dos principais produtos para hemodiálise no Brasil.....	32
Tabela 7: Equipamentos disponibilizados para o Estado de Santa Catarina, sob os projetos de Hemodiálise e de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde.....	33
Tabela 8: Gasto Total do SUS com assistência ao paciente renal crônico, na região sul.....	36
Tabela 9: Gasto Total do SUS com assistência ao paciente renal crônico, em SC	37
Tabela 10: Demonstrativo de Custo da Unidade de Rim do HGCR.....	38
Tabela 11: Prevalência (%) de alguns fatores de risco, segundo o sexo, no grupo etário de 15 a 59 anos.....	39
Tabela 12: Demonstrativo de quantidade de medicamentos repassados pelo Programa Nacional de HA e DM.....	43
Tabela 13: Medicamentos repassados pelo programa Saúde da Família.....	43
Tabela 14: Internações por Condições Sensíveis À Atenção Ambulatorial no SUS, por número de leitos e por valores pagos	45
Tabela 15: Custo Médio no atendimento do PSF	49
Tabela 16: Demonstrativo de Custos do Posto de Saúde PA 24 Horas	50

VI

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Custo Fixo	16
Gráfico 2: Custo Variável	16
Gráfico 3: Custo Total.....	17
Gráfico 4: Custo Total Médio.....	18
Gráfico 5: Participação Percentual (%) de Insuficiência Renal nos óbitos segundo faixa etária	22
Gráfico 6: Percentual de Agravos	23
Gráfico 7: Distribuição Proporcional de Pacientes em TRS, segundo faixas etárias.....	25
Gráfico 8: Comparação das proporções de procedimentos TRS e da população das macro-regiões de Santa Catarina.....	27
Gráfico 9: Razão entre procedimentos TRS realizados e população residente por 10.000 habitantes segundo as macro-regiões.....	27
Gráfico 10: Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim - HGCR.....	38
Gráfico 11: Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim – HGCR (%).....	38
Gráfico 12: Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas.....	40
Gráfico 13: Expectativa de Vida.....	42
Gráfico 14: Demonstrativo de Custos da Prevenção.....	50

VII

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
DM	Diabetes Mellitus
DRT	Doente Renal Terminal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICSAA	Internação Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Atenção Básica
PAC	Programa de Agentes Comunitários
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Secretaria da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapia Renal Substitutiva

VIII

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo explicitar, teoricamente, o conceito de Saúde Pública, a partir de dados obtidos no Hospital Governador Celso Ramos - HGCR, do município de Florianópolis/SC, compreendida no período de setembro à dezembro de 2004.

Para colocar em evidência a Saúde Pública, seguimos os seguintes ordenamentos:

Num primeiro momento, procurou-se descrever a situação atual da rede de assistência aos portadores de insuficiência renal crônica, atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, em Santa Catarina. Procurou-se, também, apresentar um estudo de caso referente aos elevados custos do tratamento de usuários do SUS, na Terapia Renal Substitutiva – TRS.

Num segundo momento, descreveu-se sobre a promoção da saúde e a prevenção das doenças crônicas. Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvos e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para hipertensão arterial e diabetes mellitus caracterizam-se como um verdadeiro desafio para o SUS, as Sociedades Científicas e as Associações de Portadores de Doenças Renais, pois são situações que necessitam de intervenção imediata, pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam.

Ao final da pesquisa, destacou-se a importância da intervenção do Estado, através de Políticas Públicas de Saúde, no primeiro nível de atenção básica, no sentido de garantir à população o acesso à saúde. A melhoria contínua da qualidade de vida se mostra como uma abordagem extremamente apropriada para a melhoria dos processos e resultados, uso mais eficiente de recursos com a possibilidade de redução de custos.

SUMÁRIO

- LISTA DE ANEXOS	III
- LISTA DE FIGURAS	IV
- LISTA DE TABELAS	V
- LISTA DE GRÁFICOS	VI
- LISTA DE ABREVIATURAS	VII
- RESUMO	VIII
A) <u>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</u>	1
1.1. O Problema e sua Relevância	1
1.2. Objetivos	3
1.2.1. Geral	3
1.2.2. Específicos	3
1.3. Metodologia	4
B) <u>CAPÍTULO II – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	
2.1. Políticas Públicas de Saúde	6
2.2. O Papel do Estado na Saúde	8
2.3. Atenção Básica e o Piso de Atenção Básica no Brasil	12
2.4. Programa Saúde da Família	13
2.5. O Estado Atual da Assistência ao Paciente Hipertenso e Diabético no Brasil	14
2.6. Definições de Custos	16
2.6.1. Custo Fixo	16
2.6.2. Custo Variável	16
2.6.3. Custos Totais	17
2.6.4. Custo Fixo Médio	17

2.6.5. Custo Variável Médio	18
2.6.6. Custo Total Médio	18

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DA REDE DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE INSUFICÊNCIA RENAL CRÔNICA EM SANTA CATARINA

3.1. Doença Renal Crônico - DRC	19
3.2. Terapêutica Substitutiva da Função Renal ou Terapia Renal Substitutiva – TRS	19
3.2.1. Diálise Peritoneal – DP	20
3.2.2. Hemodiálise – HD	20
3.2.3. Transplantes	20
3.3. Mortalidade	21
3.4. Situação da Doença Renal Crônica em Santa Catarina	23
3.4.1. Distribuição de TRS por Sexo e Faixa Etária	24
3.4.2. Distribuição de TRS por Macrorregião	25
3.5. Equipamentos	31
3.6. Financiamento	33
3.7. Custos	35

CAPÍTULO IV – ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS

4.1. A Promoção da Saúde e a Prevenção das Doenças Renais Crônicas.....	39
4.2. Momentos de Intervenção	40

4.2.1 Promoção da Saúde	41
4.2.2. Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus	42
4.2.3. Avaliação em Nefrologia	43
4.2.4. TRS em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica	44
4.2.5. Avaliação pré-transplante	44
4.2.6. Transplante renal	44
4.2.7. Acompanhamento pós-transplante	44
4.3. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial	45
4.4. Programa Saúde da Família e Gestão Financeira	47
4.5. Custos	49

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

<i>5.1. Conclusão</i>	<i>51</i>
<i>5.2. Considerações Finais.....</i>	<i>52</i>
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
GLOSSÁRIO.....	55
ANEXOS	56

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1. O PROBLEMA E SUA RELEVÂNCIA

Com o desenvolvimento capitalista e o processo de avanços tecnológicos, o país vem passando por grandes mudanças e estas, por sua vez, estão sendo refletidas nas condições de vida e saúde da população.

Analisando-se alguns indicadores dos níveis de saúde da população brasileira, é possível observar um aumento significativo do número de pessoas com pressão arterial alta e diabetes mellitus, consideradas atualmente como as principais causadoras de insuficiência renal.

Embora, o problema de Doente Renal Terminal (DRT)¹ não seja algo recente no campo da medicina, ele constituiu-se aí um novo objeto social, uma vez que, esses pacientes além de se aposentarem precocemente, oneram consideravelmente o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi implantado no Brasil pós-constituição de 1988 que tem por finalidade remunerar, com recursos públicos, os serviços (público ou privado) que prestam atendimento ao indivíduo gratuitamente, garantindo o acesso da população aos métodos de diagnóstico e tratamento necessários à manutenção da saúde.

A prestação de serviços de saúde tem sido caracterizada pela ênfase às ações curativas, com um modelo centrado na atenção hospitalar de custos crescentes, e com baixa prioridade para os serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças. Tendo em conta esse diagnóstico e a necessidade de fazer cumprir os preceitos constitucionais de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Constituição Federal, art. 196), conclui-se a importância da intervenção do governo com o objetivo de satisfazer as necessidades coletivas existentes nos padrões de saúde, utilizando a

¹ O termo Doença Renal Terminal (DRT) ou Estágio Final de Doença Renal (EFDR) é utilizado ao se referir ao estágio mais avançado da insuficiência renal crônica (i.e., perda de mais de 90% da função renal) em que diálise ou transplante renal se tornam necessários para manter a vida.

tributação para obter compulsoriamente os recursos necessários ao financiamento da produção de "bens semi-públicos"².

Os dados publicados pelo Banco de Dados da Secretaria de Estado da Saúde – SES em 2004, apontam uma perspectiva pouco otimista para o país. Só com procedimentos ambulatoriais de Terapia Renal Substitutiva (TRS)³ o país gastou no período de 2000 à 2003, quase 3 bilhões de reais.

Estudos⁴ realizados em diversos Estados do Brasil, mostram que os gastos com Terapia Renal Substitutiva correspondem, atualmente, a 11% do total do orçamento de custo para atendimento ambulatorial, hospitalar e de emergência do SUS. Se somarmos os gastos com transplante e assistência farmacêutica a transplantados, esse percentual sobe para 13%.

Considerando a possibilidade de êxito por meio de ações de promoção e prevenção, em todos os níveis de atenção à saúde e considerando os custos cada vez mais elevados dos procedimentos de DRT, "deve-se avaliar a adoção de medidas que visem reduzir de forma significativa a morbidade por afecções crônicas, cuja prevenção pode ser feita por ações simplificadas e de baixo custo. Este processo, denominado de compressão da morbidade (Fries, 1983), além do significado sobre a saúde da população, representa redução da pressão sobre os serviços de saúde.

Paralelamente ao crescimento quantitativo de doentes renais, o Ministério da Saúde tem tido uma grande preocupação com o aprimoramento qualitativo dos serviços de TRS e na assistência prestada. Neste sentido, tem sido desenvolvida intensas práticas e políticas públicas, dirigidos à redução da mortalidade e “retardar” a entrada dos doentes renais no tratamento de Terapia Renal Substitutiva em Santa Catarina.

Neste contexto este estudo buscará responder ao seguinte problema ou pergunta de pesquisa: Qual o impacto da ação preventiva de doenças renais na redução dos custos do SUS com a Terapia Renal Substitutiva?

² Também chamados de “bens meritórios”, tendo em vista que seria exatamente a caráter de mérito associado a sua produção que justificaria a intervenção do governo com o objetivo de produzir em quantidades superiores àquelas que seriam normalmente produzidas pelo setor privado (Samuelson, 1966).

³ Compreende os diversos tipos de tratamento que visam manter a vida dos pacientes que chegam a fase de DRT ou EFDR.

⁴ Audiência Pública: Assistência à Saúde dos Pacientes Renais Crônicos, Brasília, 2003.

Para ajudar a responder essa pergunta central de pesquisa tem-se os seguintes objetivos:

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. GERAL

Comparar os custos médios/ou unitários de tratamento de doentes renais crônicos atendidos nos serviços oferecidos pelo Hospital Governador Celso Ramos/HGCR – Florianópolis/SC, com os custos médios unitários de prevenção, para justificar, no âmbito dos gastos públicos, o foco na prevenção.

1.2.2. ESPECÍFICOS

- Quantificar o custo médio de doentes renais terminais em duas modalidades de atendimento da doença: serviços ambulatoriais e serviços hospitalares;
- Quantificar o custo médio de prevenção e tratamento dos doentes renais terminais;

1.3. METODOLOGIA

Este trabalho está caracterizado como um o estudo de caso, já que procurou analisar de forma intensiva uma unidade do Hospital Governador Celso Ramos - HGCR, onde são enfocados os custos das atividades de Terapia Renal Substitutiva. Para Lüdke (1986), deve-se optar por este método quando se deseja analisar algo singular, que tenha valor por si só, mesmo que, posteriormente, identifiquem-se semelhanças com outros casos.

Ao estudar o HGCR através do método de estudo de caso, pretende-se conhecer a sua realidade, seu dia-a-dia, comparando a teoria obtida em diversas fontes bibliográficas com as práticas intra-organizacionais desenvolvidas.

Bruyne (1982) salienta que, ao utilizar o método de estudo de caso, o pesquisador procura demonstrar as dimensões presentes em uma situação, enfatizando sua complexidade natural e a inter-relação de seus componentes, o que caracteriza sua natureza como descritiva e exploratória, identificando características de um determinado fenômeno que, no caso do presente estudo, referem-se aos custos com tratamento dos Doentes Renais Terminais.

Os dados analisados nesta pesquisa podem ser classificados em primários e secundários. Os dados secundários foram extraídos do Regimento Interno e de relatórios emitidos pelo Setor de Custos do HGCR, contendo informações que permitiram descrever algumas características do caso em estudo.

Os dados primários foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas junto à atual Direção do Setor de Custos do HGCR .

Para Triviños (1987, p. 157) "... entrevistas são meios "neutros" que adquirem vida definida quando o pesquisador a ilumina com determinada teoria". Diante disto, optou-se por respaldar as entrevistas em uma planilha, e respaldar a planilha nas informações obtidas através dos dados secundários.

A análise de conteúdo desta pesquisa foi feita sob a forma de discussão das transcrições dos relatórios fornecidos pelo Hospital Governador Celso Ramos e cruzando estas informações com o referencial teórico do trabalho.

Vale ressaltar que na fase da descrição dos dados foram preservados tanto o contexto histórico, como o linguístico, no sentido de que as idéias e conceitos elaborados pelos respondentes não fossem alterados, já que todo o material levantado foi sintetizado.

Triviños (1987), delinea algumas condições básicas que devem ser consideradas no processo de escolha de um bom informante, para este autor a pessoa selecionada para a entrevista deve ter antiguidade na instituição, ter envolvimento com o fenômeno que se pretende estudar, ter conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias, deve ter disponibilidade adequada de tempo para participar das entrevistas e encontros e deve ter capacidade para expressar o que sabe sobre o fenômeno em estudo.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas sociais, nas quais as políticas de saúde estão inseridas, tem sofrido maior rigor, sendo alvo de atenção e discussões no âmbito governamental, nos últimos anos.

A Política Pública de Saúde consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e dos grupos aos quais pertencem, conforme estabelece o artigo 196, da Constituição Federal (2003):

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

Nesse sentido, Teixeira (1989, p.30) lembra um trecho dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades, nos níveis de vida.⁵

Para Rosen (1994) os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Como exemplo tem-se o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em volume suficiente, a assistência médica, o alívio da incapacidade e do desamparo, sendo que a ênfase sobre cada um desses

⁵ 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987: 382).

problemas variou no tempo, e de sua inter-relação se originou a Saúde Pública. Rosen (1994) cita Johann Peter Frank (1748-1821) como o pioneiro, mais conhecido, da Saúde Pública e da medicina social. Frank defendia a idéia de ser a saúde do povo uma responsabilidade do Estado.

Outro ponto a ser elencado é a era industrial, ou seja, o processo criador da economia de mercado, da fábrica e do ambiente urbano moderno, trouxe à luz problemas que tornaram necessários novos meios de prevenção da doença e de proteção da saúde pública.

Para Rosen (1994) com o crescimento do sistema industrial, eram necessários mais e mais trabalhadores. E já que não se podia levar a força do vapor e as novas máquinas para os lares dos trabalhadores, tinha-se que trazer o trabalho para a fábrica. Assim surgiu a necessidade da organização comunitária para proteger a saúde, e se encontraram os meios de atendê-la. A Moderna Saúde Pública se originou na Inglaterra, pois aquele país foi o primeiro país industrial moderno.

Observa-se que com a industrialização os problemas sanitários se agravaram ainda mais, tendo como principal razão à aglomeração não planejada de pessoas nas cidades, pessoas estas que vinham em busca de trabalho e constituíam sua moradia ao redor das fábricas, em decorrência dos problemas sanitários se têm as epidemias como uma das primeiras ações no interesse da saúde comunitária. Quando as epidemias ocorriam, as autoridades do governo procuravam conselhos médicos. Diante desta situação iniciou-se o processo de estruturação da Saúde Pública no Mundo, com o propósito de garantir melhorias nas condições de vida para a sociedade.

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde são regulamentadas desde 1988 pelos princípios de universalidade e igualdade no acesso às ações e serviços, na organização de um Sistema Único de Saúde no território nacional.

Uma política nacional de saúde pública no Brasil foi possível e viável a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses, e suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político-institucional. (HOCHMAN, 1998, p.16)

Esses acontecimentos correspondem às Políticas Públicas de Saúde e Saneamento Rural no Brasil da Primeira República, e Hochman (p. 38) afirma que as Políticas Públicas

de Saúde deste período tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional.

2.2. O PAPEL DO ESTADO NA SAÚDE

Para que se possa compreender o papel do Estado na saúde e qual a sua situação atual, faz-se necessário buscar na história suas origens e os processos sociais que a corporificam.

Giambiagi & Além (1999) ressaltam a importância da existência do Estado, no sentido de guiar, corrigir e complementar o sistema de mercado que, sozinho, não é capaz de desempenhar todas as funções econômicas.

Os autores ainda destacam três fatores importantes para que o Estado exista. O primeiro é que o sistema de mercado precisa de inúmeros contratos que dependem da proteção e da estrutura legal, que somente o governo teria condições de implementá-las. Em segundo lugar, os mercados não funcionam sob concorrência perfeita, e mesmo que isso ocorresse, as características de consumo ou da produção de alguns bens não aconteceriam se não fossem fornecidos pelo mercado. A existência de bens públicos e externalidades, por exemplo, dá origem à falhas no sistema de mercado, que levam à necessidade de soluções através do setor público. E por último, se o mercado funcionasse livremente, não haveria a garantia, necessariamente, do elevado nível de emprego, da estabilidade dos preços e da taxa de crescimento do PIB desejada pela sociedade. Dessa forma, a existência do governo torna-se essencial para garantir o alcance desses objetivos.

A ordem constitucional brasileira, instituída em 1988, inova, assim, ao definir a saúde como dever do Estado e direito de todos e ao dar tratamento sistemático à matéria, situando-a no âmbito da Seguridade Social e definindo os princípios e critérios que a norteiam.

A Constituição conceitua Seguridade Social como o conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194).

O dever de organizar a seguridade social é do poder público, com base em vários objetivos, definidos na própria Constituição, dentre os quais os que visam garantir o pleno

exercício do direito à saúde: a universalidade da cobertura e do atendimento; a uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais; a seletividade e distributividade na prestação dos serviços; a equidade na forma de participação no custeio; a diversidade da base de financiamento; e o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados.

É notável que a Constituição institua o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento (art. 194, Parágrafo único-I) para determinar a dimensão do dever estatal, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país, aos nascituros e aos nascidos, crianças, jovens e velhos. Acrescenta, como essencial, que o acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal e igualitário, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (art. 196).

A universalidade da cobertura é dever sem par, pois significa que o atendimento deve ser integral e, segundo a Constituição, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, sempre que necessário.

Assim, as ações e serviços de saúde devem ser concebidas tanto para propiciar cobertura e atendimento universais como para ensejar acesso universal e igualitário a toda a população. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), a expressar que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes centros urbanos, nos pequenos e também para as populações isoladas, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias, os prisioneiros, os excluídos sociais.

Com efeito, a uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais é o segundo objetivo elencado pela Constituição para implementação pelo Sistema Único de Saúde. É outra expressão do princípio constitucional da igualdade, na acepção específica a ser compreendida pelas ações e serviços de saúde.

Em duas oportunidades, a Constituição refere-se ao caráter democrático da gestão administrativa. Primeiro, ao considerá-lo como objetivo do sistema de saúde, a ser organizado pelo poder público, na forma da lei (art.194, Parágrafo único-VII), e a significar que a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados

é essencial para a realização do modelo de prestação de ações e serviços de saúde que instituiu.

Na segunda oportunidade, ao instituir o Sistema Único de Saúde como uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada de acordo com três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (art. 198 - I a III).

O princípio constitucional da equidade na forma de participação no custeio do Sistema Único de Saúde enseja a contribuição justa, a permitir o acesso de todos e a garantir a universalidade da cobertura e do atendimento.

Este princípio é complementado por regras constitucionais específicas, que cuidam de regulamentar o financiamento do Sistema Único de Saúde, ao determinar que "a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; dos trabalhadores; sobre a receita de concursos de prognósticos"; além de outras fontes instituídas por lei (art. 195-I a III e § 4º).

A norma é reforçada por outra, da própria Constituição, pela qual "o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (art. 198 - Parágrafo único).

Logo, para que não faltassem recursos indispensáveis à realização do comando constitucional de universalidade da cobertura e do atendimento, a Constituição indicou as fontes e os contribuintes e convocou toda a sociedade a custear o Sistema Único de Saúde, de acordo com a equidade.

Também obrigou não só a União mas também os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com receitas que lhes são inerentes e não só com as repassadas pela União, a contribuir para o financiamento da seguridade social, mediante dotações orçamentárias (art. 195-*caput* e § 1º; art. 198 - Parágrafo único).

Mais que isto, deixou claro que o financiamento do Sistema Único de Saúde não deveria ser feito apenas pelo orçamento da seguridade social, mas também pelo orçamento fiscal da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

A existência de várias fontes de recursos vocacionadas a financiar o Sistema Único de Saúde, como de resto toda a seguridade social, é resultado do princípio constitucional da diversidade da base de financiamento (art. 194-VI) e resultado da determinação constitucional preventiva da possibilidade da escassez de recursos que propiciassem efetividade na cobertura e no atendimento universais.

A Constituição reservou para a lei a tarefa de dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde, com observância daquele princípio de respeito à democracia e à descentralização, desde a fase de elaboração das políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso ao sistema, até a regulamentação, fiscalização e controle.

O exame da estrutura do Sistema Único de Saúde, feita pela Constituição, evidencia ter sido concebido sob forte inspiração democrática e abrangente da população e suas minorias, tendente a prestar atendimento preventivo e universal, de sorte a promover, proteger e recuperar a saúde.

A Constituição reservou receita própria ao Sistema Único de Saúde, como parte integrante da seguridade social, a constar de orçamento próprio, distinto do orçamento fiscal, e a contar com fontes adicionais que assegurassem a existência e suficiência dos recursos.

No caso da Seguridade Social a prerrogativa é ainda mais singular quando se percebe que a lei orçamentária anual compreende três orçamentos distintos: o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público; o orçamento de investimentos das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; e o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público (Constituição Federal, art.165 - § 5º).

O orçamento da seguridade social é, portanto, de iniciativa exclusiva dos órgãos responsáveis pela seguridade social e não pode ser modificado por outro órgão do Poder Executivo, mas apenas no Congresso Nacional, a quem a Constituição incumbe a tarefa de apreciar, na forma do regimento comum, o projeto de lei relativo ao orçamento anual que lhe for enviado pelo presidente da República (Constituição Federal, art.166 - § 6º).

A Constituição também veda "a utilização, sem autorização legislativa específica, de recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social para suprir necessidade ou cobrir déficit de empresas, fundações e fundos...", da administração direta ou indireta, sejam ou não mantidos pelo poder público (art. 167-VIII).

Assim, incumbe ao Conselho Nacional de Saúde, ao Conselho Nacional de Seguridade Social e ao Conselho Nacional de Assistência Social, congregados no Conselho Nacional de Seguridade Social, a prerrogativa exclusiva de elaborar a proposta de orçamento da seguridade social, nos termos da Constituição (art. 195- § 2º).

2.3. ATENÇÃO BÁSICA E O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A alocação de recursos no setor saúde resulta em bens e serviços que são distribuídos de acordo com as características e estrutura do Sistema de Saúde, com impacto imediato ou futuro, atingindo indivíduos ou grupos definidos da população como os doentes renais terminais, por exemplo.

De acordo com o Manual Básico - Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, 2003, a Atenção Básica (AT) é o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população. Contempla o conjunto de ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde. Tais ações compreende: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher.

Para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica, acima descritas, há um piso mínimo e máximo, *per capita*, fixado para efeito de cálculo do montante dos recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e Distrito Federal. O valor aplicado atualmente, está fixado entre R\$ 13,00 e R\$ 18,00 por hab./ano.⁶

Preocupados com o alto índice de Doentes Renais Terminais, o Ministério da Saúde determinou, em julho de 2004, que todos os Estados brasileiros criassem uma Câmara Técnica (grupo de profissionais da área da saúde) para que, num prazo de 90 (noventa) dias, adotassem todas as medidas necessárias para a plena estruturação da Política Nacional de Atenção ao doente renal, instituída pela Portaria nº 1.168, ou seja, no caso da Câmara Técnica de Santa Catarina, deverá ser feito um levantamento de todos os pacientes renais usuários do SUS e, em paralelo, uma prévia dos custos do tratamento e prevenção da Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus, principais causadoras da insuficiência renal.

2.4. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A origem do Programa da Saúde da Família (PSF) está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma.(Ministério da Saúde, 2003)

De acordo com o Ministério da Saúde, a evolução do Programa de Saúde da Família no Brasil está relacionada ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando as particularidades de cada região. Sua expansão demonstra importante adesão dos gestores municipais e estaduais, que compartilham responsabilidades com o Ministério da Saúde na busca da sustentabilidade do programa.

⁶ Portaria GM/MS nº 2.204, de 23 de setembro de 2004.

O Programa Saúde da Família, atende hoje, 32,3% da população brasileira o que representa 55,7 milhões de pessoas. São 16.960 equipes atuando em todos os estados, numa abrangência de cobertura que chega a 75% das cidades do país. O Ministério da Saúde tem como meta dobrar o número de equipes do Programa da Saúde da Família nos próximos quatro anos, atingindo 100 milhões de habitantes ou cerca de 77% da população brasileira. O projeto será efetivado com a capacitação de quatro a cinco mil equipes por ano em todo país. Ao final de 2006 o PSF terá entre 30 a 32 mil equipes. (Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, 3 (1): 113-125, 2003)

2.5. O ESTADO ATUAL DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO NO BRASIL

Visando oferecer consistência aos clínicos na definição do conceito de Hipertensão Arterial (HA), foi adotada a seguinte classificação: “A Hipertensão Arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.” (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1997).

A Hipertensão Arterial é uma doença de alta prevalência, responsável por elevadas taxas de morbidade e aposentadorias precoces, sendo pouco diagnosticada e inadequadamente controlada na população do Estado de Santa Catarina.

Ainda de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1997, o Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As conseqüências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes o estado atual da assistência ao paciente hipertenso e diabético no Brasil é bastante preocupante, seja em grandes municípios, com mais recursos técnicos e financeiros, seja nos pequenos municípios que, provavelmente, nunca receberam informação adequada sobre o assunto e que, portanto, jamais pensaram em incluir a assistência a esses pacientes em suas prioridades de saúde.

Falta informação sobre a doença e suas complicações, falta conscientização sobre a importância da hipertensão e do diabetes em saúde pública, falta qualificação adequada aos profissionais de saúde, faltam recursos, faltam medicamentos, enfim, falta política para enfrentar o problema de forma eficaz. Tudo isso gera um problema econômico.

Mesmo nas regiões mais desenvolvidas, o atendimento nas unidades básicas de saúde e nos ambulatórios dos hospitais, inclusive em centros universitários, tende a ser precário e o grau de controle da doença é inadequado.

Para Zagury (1997) no Brasil, está aumentando muito a incidência do diabetes exatamente pela urbanização que leva ao sedentarismo e o acesso a alimentos industrializados, que contém mais índices de gordura e que são alimentos que favorecem o aumento de peso.

Pelos cálculos da Organização Mundial de Saúde, em todo o planeta 194 milhões de pessoas têm diabetes. Se não houver um trabalho sério de prevenção, outros 140 milhões poderão desenvolver a doença nos próximos 20 anos. Só no Brasil serão mais de sete milhões.

Para essas pessoas a Sociedade Brasileira de Diabetes, com base em estudos internacionais, faz duas recomendações simples e baratas: controle de alimentação, com menos gordura e condicionamento físico todos os dias.

Do ponto de vista da economia de saúde, cada dólar investido em atividades preventivas de educação e controle metabólico do paciente diabético resultará numa economia estimada de 6 dólares nos gastos gerais com atendimento curativo na rede de saúde, conforme dados do Centro Internacional de Diabetes de Minneapolis, nos EUA.

Um aspecto importante a ser considerado é a economia proporcionada pelo controle adequado da hipertensão e do diabetes, tais como insuficiência renal, doenças cardiovasculares e outras, as quais exigem recursos médicos, hospitalares e financeiros de grande monta.

Dessa forma, os serviços preventivos tais como o controle da hipertensão e do diabetes, o desenvolvimento de atividades de educação e as intervenções precoces para prevenir as complicações crônicas constituem-se em ações de custo relativamente baixo e de alta eficácia.

2.6. DEFINIÇÕES DE CUSTOS

A seguir apresenta-se breves definições de custos que servirão de base para entendimento do tema proposto.

2.6.1. CUSTO FIXO

Os custos fixos são os custos que não variam em relação à variação da taxa de produção. São decorrentes dos gastos com fatores fixos de produção. Permanecem constantes, qualquer que seja o nível de produção. Estão nesta categoria o tamanho da empresa, o estoque de capital, a tecnologia, custo da mão-de-obra, referindo-se à salários, etc.

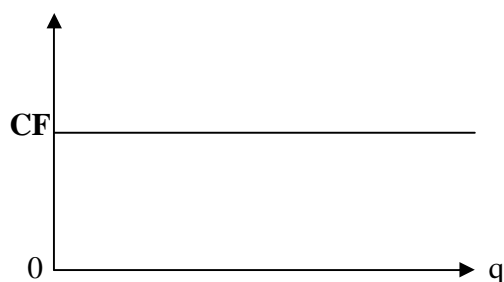


GRÁFICO 1 - Custo Fixo

Fonte: Pindyck & Rubinfeld (1994)

2.6.2. CUSTO VARIÁVEL

Os custos variáveis são os custos devidos à utilização de insumos variáveis no processo de produção. Representam por sua vez, as despesas realizadas com os fatores variáveis de produção.

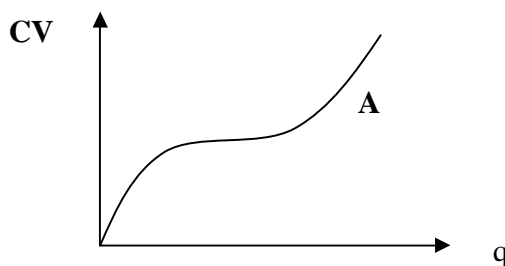


GRÁFICO 2 – Custo Variável

Fonte: Pindyck & Rubinfeld (1994)

Os custos variáveis aumentam com o nível de produção da firma. Podemos observar que a curva do custo variável apresenta dois tipos de curvatura. Até o ponto "A" ela é côncava, ou seja, os custos aumentam menos do que proporcionalmente ao aumento da produção. Depois do ponto "A" começam aparecer os rendimentos decrescentes.

2.6.3. CUSTOS TOTAIS

Pindyck & Rubinfeld (1994, p. 262) definem custo de maneira bastante simples, ou seja, “o custo total da produção tem dois componentes: custo fixo (...) e o custo variável.”

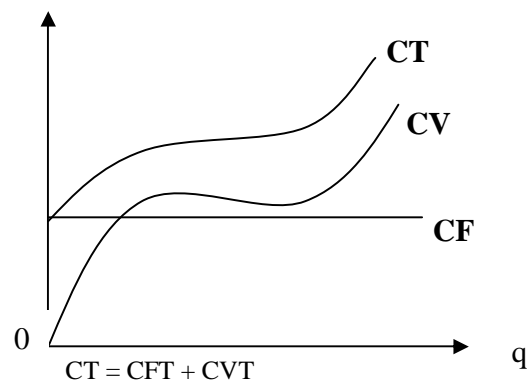


GRÁFICO 3 – Custo Total

Fonte: Pindyck & Rubinfeld (1994)

2.6.4. CUSTO FIXO MÉDIO

Podemos dizer que o Custo Fixo Médio (CFM) é o custo fixo dividido pelo nível de produção.

$$\text{CFM} = \frac{\text{CF}}{Q}$$

Onde Q = produção.

2.6.5. CUSTO VARIÁVEL MÉDIO

O Custo Variável Médio CVM é o custo variável dividido pelo nível de produção. O CVM possui relação direta com a produtividade dos fatores e custos de produção.

$$\text{CVM} = \frac{\text{CV}}{\text{Q}}$$

2.6.6. CUSTO TOTAL MÉDIO

De acordo com Pindyck & Rubinfeld (1994) o Custo Total Médio CTM é o custo por unidade de produto. Existem 3 tipos de custo médio: o custo fixo médio, o custo variável médio e o custo total médio ou simplesmente custo médio (...). O Custo Total Médio CTM é o custo total dividido pelo nível de produção (...), basicamente, o custo total médio nos informa o custo unitário da produção. Por meio de comparação entre o custo total médio e o preço do produto, podemos determinar se a produção é lucrativa.

$$\text{CTM} = \frac{\text{CT}}{\text{Q}}$$

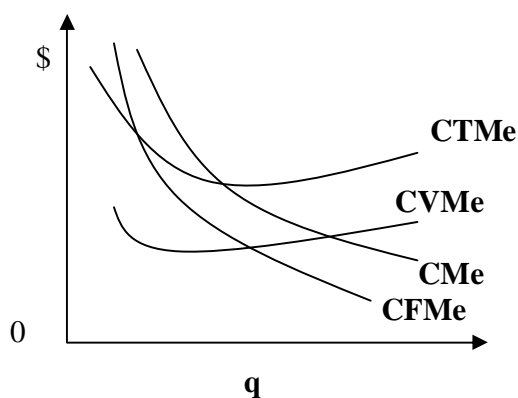


GRÁFICO 4 – Custo Total Médio

Fonte: Pindyck & Rubinfeld (1994)

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DA REDE DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM SANTA CATARINA

3.1. DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

Analisando-se alguns indicadores dos níveis de saúde da população brasileira, é possível observar um aumento significativo do número de pessoas com pressão arterial alta e diabetes mellitus, consideradas atualmente como as principais causadoras de insuficiência renal.

Necessário se faz, salientar que quando os rins deixam de realizar suas funções, atingindo o estágio mais avançado da insuficiência renal, o que pode levar a risco de vida, o indivíduo passa a ser considerado um Doente Renal Crônico (DRC) e precisa iniciar a terapêutica substitutiva da função renal, ou seja, é preciso substituir as funções dos rins, retirando as substâncias tóxicas e o excesso de água e sais minerais do organismo, estabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio. Através da diálise é possível reverter a situação de risco de vida imposta pela insuficiência renal.

Embora, o problema de Doente Renal Crônico (DRC) não seja algo recente no campo da medicina, ele constituiu-se aí um novo objeto social, uma vez que, esses pacientes além de se aposentarem precocemente, oneram consideravelmente o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. TERAPÊUTICA SUBSTITUTIVA DA FUNÇÃO RENAL OU TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (TRS)

Os pacientes que, por qualquer motivo, perderam a função renal e irreparavelmente atingiram a fase terminal da doença renal têm, hoje, três métodos de tratamento, que substituem as funções do rim: a diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal.

A diálise (ANEXO 1) é um processo artificial que serve para retirar, por filtração, todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela insuficiência renal crônica. Isto pode ser feito usando a membrana filtrante do rim artificial e/ou da membrana peritoneal.

Existem, portanto, dois tipos de diálise: a Diálise Peritoneal (DP) e a Hemodiálise (HD)

3.2.1. DIÁLISE PERITONEAL - DP

Este tipo de diálise aproveita a membrana peritoneal que reveste toda a cavidade abdominal do nosso corpo, para filtrar o sangue. Essa membrana se fosse totalmente estendida, teria uma superfície de dois metros quadrados, área de filtração suficiente para cumprir a função de limpeza das substâncias retidas pela insuficiência renal terminal.

3.2.2. HEMODIÁLISE - HD

Na hemodiálise, é usada uma membrana dialisadora, formada por um conjunto de tubos finos, chamados de filtros capilares.

A hemodiálise tem a capacidade de filtração igual ao rim humano, dessa forma, uma hora de hemodiálise equivale a uma hora de funcionamento do rim normal.

3.2.3. TRANSPLANTES

O transplante renal é a modalidade de TRS que oferece a melhor qualidade de vida aos pacientes. Os rins para transplante podem vir de doadores vivos e doadores cadáveres.

Existem seis unidades hospitalares cadastradas para realização de transplante renal em Santa Catarina. São elas:

GRANDE FLORIANÓPOLIS: Florianópolis - Hospital Governador Celso Ramos

Florianópolis - Hospital de Caridade

NORDESTE : Joinville - Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

Joinville - Hospital Municipal São José

EXTREMO OESTE: Chapecó - Hospital Lenoir Vargas Ferreira

VALE DO ITAJAÍ: Blumenau - Hospital Santa Isabel

3.3. MORTALIDADE

Há algumas décadas, a expectativa de vida ao nascer era em torno dos 60 anos, o que já era uma grande conquista. Porém hoje, como em algumas sociedades, este indicador já atinge valores em torno dos 80 anos, e esta passa a ser uma meta possível a ser almejada por outras sociedades. Ou seja, viver menos do que isto passa a ser função da não realização plena dos potenciais biológicos, geneticamente definidos.

A mortalidade global dos pacientes em TRS foi de 25,4% (22.587) do total dos 88.881 pacientes mantidos na base de dados do DATASUS, de abril de 1997 à julho de 2000 (136.447 pacientes-ano). A mortalidade por tempo sob risco foi de 16,6 óbitos-100 pacientes-ano. A sobrevida de um ano foi de 82%. Não houve grandes diferenças na sobrevida de homens e mulheres, mas os pacientes com mais de 65 anos sobrevivem menos do que aqueles mais jovens.

É sabido que, em uma grande parcela destes pacientes, a perda da função renal poderia ter sido evitada ou retardada. Como esse fato não acontece da forma desejada, a perda irreversível da função renal atinge o paciente de forma dramática, podendo em muitos casos, custar-lhes a vida ou a plenitude da sua capacidade.

Frente à análise dos municípios catarinenses, nos deparamos com diferenças em mortalidade. O Quadro 1 mostra a mortalidade calculada sob o número de internações, no ano de 2003.

Entre os municípios há, uma variação na mortalidade que vai de 0 (zero) óbitos por 22 (vinte e duas) internações em Florianópolis à 07 (sete) óbitos por 35 (trinta e cinco) internações em Chapecó.

Tabela 1 - Demonstrativo do Número de Internações e Óbitos de Terapia Renal Substitutiva por Estabelecimento de Saúde / SC - Ano 2003

Estabelecimento	Município	Reg	Número		Óbitos	
			Internação (*)	Valor AIH	Número	%
Hospital São Paulo	Xanxerê	01	05	6.178,45	0	0,00
Hospital São Francisco	Concórdia	03	24	36.370,28	05	20,83
Fundação de Saúde do Alto Vale do Itajaí	Rio do Sul	04	08	20.612,48	02	25,00
Sociedade Hospitalar São Miguel do Oeste	São Miguel do Oeste	05	01	305,31	0	0,00
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	07	01	2.724,54	0	0,00
Hospital Santa Inês SA	Balneário Camboriú	07	07	17.401,88	01	14,29
SubTotal			08	20.126,42	01	12,50
Hospital Santa Terezinha	Joaçaba	08	12	18.555,48	01	8,33
Hospital Santo Antonio	Blumenau	09	15	64.751,70	01	6,67
Hospital Arquidiocesano Consul Carlos Renaux	Brusque	09	02	2.573,07	0	0,00
Hospital Santa Izabel	Blumenau	09	34	98.720,97	01	2,94
SubTotal			51	166.045,74	02	3,92
Hospital Lenoir Vargas Ferreira	Chapecó	10	35	85.282,55	07	20,00
Hospital São José	Criciúma	12	06	27.678,83	02	33,33
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Joinville	13	31	83.430,84	02	6,45
Hospital Municipal São José	Joinville	13	13	75.769,51	0	0,00
SubTotal			44	159.200,35	02	4,55
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Tubarão	14	11	46.561,52	01	9,09
Hospital Nossa Senhora dos Prazeres	Lages	15	02	4.530,81	01	50,00
Hospital de Caridade São Brás	Porto união	16	04	9.049,77	01	25,00
Hospital Universitário	Florianópolis	18	22	56.707,88	0	0,00
Hospital Gov. Celso Ramos	Florianópolis	18	04	10.280,60	0	0,00
Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis	18	02	2.387,63	0	0,00
SubTotal			28	69.376,11	0	0,00
TOTAL			239	669.874,10	25	10,46

FONTE: TABWIN DATASUS / SIH / DIRE

OBS.: (*) - Procedimentos Especiais (TRS) da PT SAS MS No. 637, 13/09/2

O gráfico 5 abaixo, nos mostra o percentual de óbitos por insuficiência renal, segundo a faixa etária, no período de 1997 à 2003.

É possível observar que incidência maior encontra-se nos indivíduos acima de 50 anos (ainda na fase produtiva), independente do sexo.

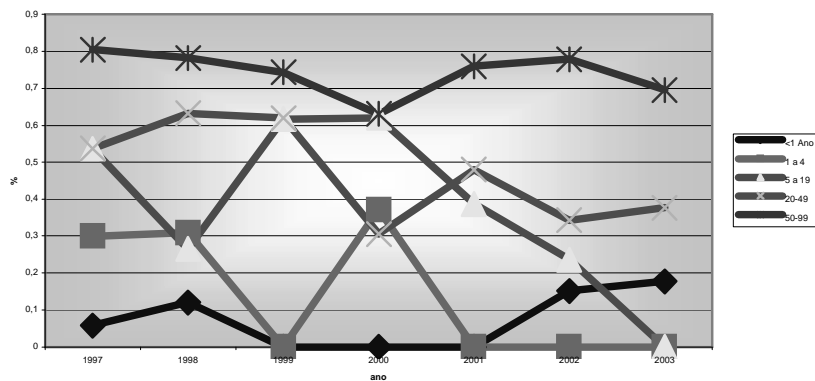


GRÁFICO 5 – Participação (%) de insuficiência renal nos óbitos segundo faixa etária OMS, SC, 1997 a 2003

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004

3.4 SITUAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM SANTA CATARINA

De acordo com um levantamento realizado nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) em 2003, no Estado de Santa Catarina os percentuais giram em torno de 25% para hipertensão arterial, 55% para glomerulonefrite ⁷ e 12% para diabetes mellitus, conforme apresentado no gráfico a seguir:

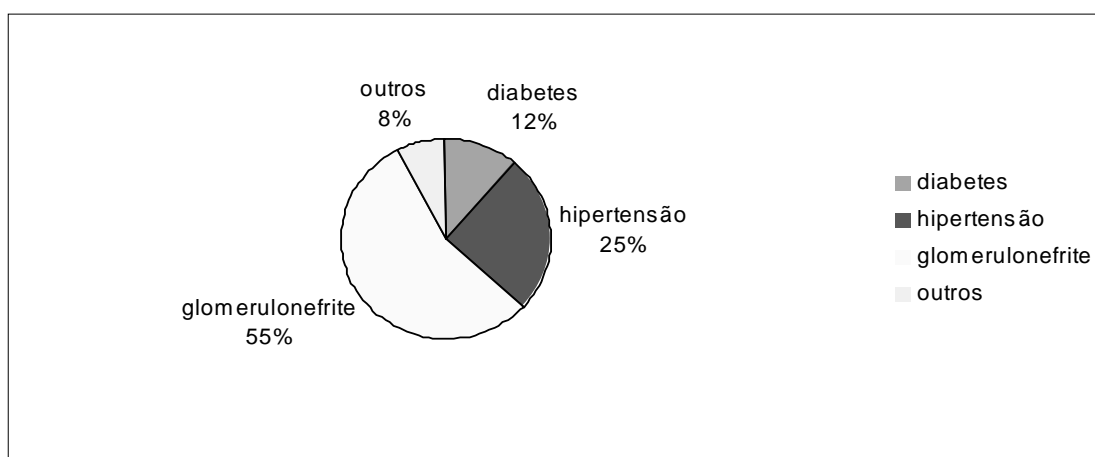


GRÁFICO 6 - Percentual de Agravos conforme CID Principal – APAC/ SC, 2003

Fonte: SIH/SUS

Em Santa Catarina, as doenças do aparelho geniturinário representam aproximadamente 2% do total de óbitos por causas definidas. No entanto, considerando que a doença renal crônica é complicação freqüente de uma série de doenças incluídas em diferentes capítulos da Classificação Internacional de Doenças e levando em conta que o Sistema de Informações sobre Mortalidade trabalha tradicionalmente com a “causa básica do óbito”, isto é, com aquela que iniciou o processo patológico que levou à morte, não sendo ainda uma realidade a análise das causas de morte associadas, torna-se difícil mensurar a magnitude da mortalidade por estas patologias.

Apesar das dificuldades de obtenção de dados, optou-se por estudar o perfil dos pacientes portadores de doença renal crônica no Estado com base nos dados do Sistema de

⁷ Sob o termo “glomerulonefrite” entende-se o grupo de doenças inflamatórias, sem puz, que atingem principalmente a parte funcional mais importante dos dois rins, o glomérulo - unidade de filtração. (MS, Brasília, 2004)

Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade – APAC, um subsistema do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, ressaltando que estes dados são restritos aos pacientes inseridos em alguma modalidade de terapia e incluídos no sistema APAC, excluindo-se, portanto, aqueles em tratamento conservador.

As mudanças ocorridas no Sistema de Saúde nas últimas duas décadas e, particularmente, a melhoria da qualidade da assistência em Terapia Renal Substitutiva (TRS) proporcionaram uma importante mudança no perfil demográfico dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica no Estado. O aumento na oferta de serviços e os avanços relativos à qualidade desses serviços apontam como consequência um provável aumento da sobrevida, que pode ser medido indiretamente a partir do número absoluto de pacientes, cujo crescimento assume um caráter linear. Em Santa Catarina o número de TRS realizadas passou de 16.527 em 2000, para 19.053 em 2003, o que representa um incremento de 15,3% em apenas 3 anos.

3.4.1. DISTRIBUIÇÃO DE TRS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

Do total de TRS realizadas em 2003, 55,7% eram de pacientes do sexo masculino.

De acordo com a Câmara Técnica de Nefrologia da SES, a Tabela 2 a seguir permite verificar que quase 80% dos pacientes em TRS têm menos de 65 anos, o que mostra que a doença acomete indivíduos ainda em idade produtiva, sendo fundamental a implementação de políticas voltadas para o aumento de sobrevida e de sua qualidade, tanto quanto da melhoria da qualidade dos serviços prestados, em especial dos serviços da rede básica e dos programas de controle da hipertensão arterial e de controle do diabetes mellitus.

TABELA 2 - Número e percentual (%) de TRS, segundo faixas etárias, SC - junho de 2004

Faixa Etária	Nº	%	% Ac.
< 20 anos	63	3,7	3,7
20 a 34	215	12,6	16,2
35 a 44	257	15,0	31,2
45 a 54	390	22,8	54,0
55 a 64	392	22,9	76,9
65 e +	396	23,1	100,0
Total	1713	100,0	

Fonte: SIA-APAC/ SES 2004

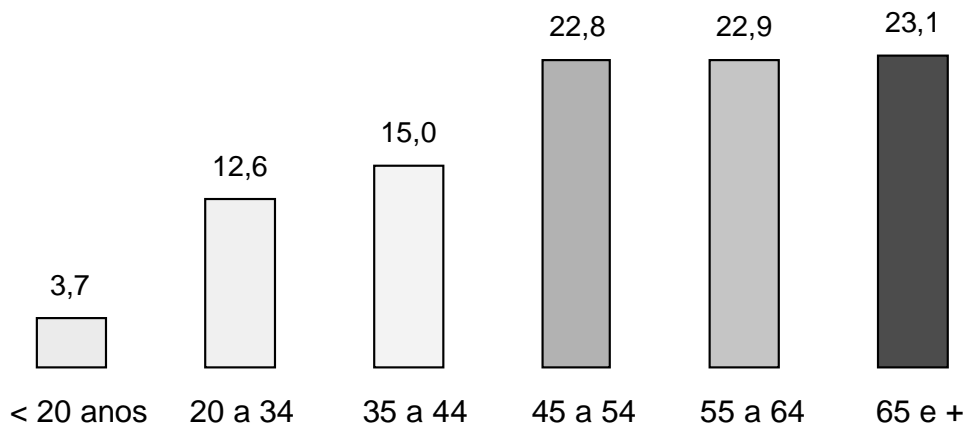


GRÁFICO 7 – Distribuição Proporcional de pacientes em TRS, segundo faixas etárias, SC, junho 2004

Fonte: SIA-APAC/SES., 2004

3.4.2. DISTRIBUIÇÃO DE TRS POR MACRORREGIÃO

A distribuição de TRS realizadas por procedimentos, reflete a regionalização dos serviços, com base em acordos firmados entre gestores na Comissão Intergestores Bipartite – CIB⁸, acompanhando a macrorregionalização do Estado.

As tabelas e gráficos a seguir demonstram a desigualdade macrorregional na distribuição das clínicas de TRS em comparação com a participação populacional de cada uma destas. Se compararmos somente a participação percentual populacional com clínicas de TRS, vemos que a macrorregião nordeste, seguida pelo Planalto Norte, Sul e Grande Florianópolis possuem uma concentração de clínicas em relação a sua população e, por outro lado, as macrorregiões do Vale do Itajaí, Meio Oeste, Planalto Serrano e Extremo Oeste têm carência destas, quando comparadas às participações percentuais entre estas duas variáveis.

Para a Câmara Técnica de Nefrologia da SES, se for considerada também a participação percentual do total de procedimentos de TRS, veremos uma situação um pouco diferente, com as macrorregiões do Extremo Oeste e do Vale do Itajaí com menos clínicas

⁸ Comissão Intergestores Bipartite – CIB é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS.

em relação à população e com mais procedimentos, o que pode indicar uma maior produtividade por clínica. No outro extremo vemos as macrorregiões do Planalto Norte, Nordeste e Sul com uma participação maior de clínicas e menor de procedimentos, o que pode indicar, ou baixa produtividade, ou número pequeno de doentes renais por clínica.

TABELA 3 - Distribuição proporcional (%) de procedimentos de TRS por local de realização e População Residente, segundo macrorregiões, Santa Catarina, 2003

Macrorregião	TRS		População	
	Nº	%	Nº	%
Extremo Oeste	3277	16,4	680.118	12,1
Florianópolis	3.555	17,8	873.962	15,6
Planalto Serrano	692	3,5	295.051	5,3
Meio Oeste	1.410	7,1	574.222	10,2
Nordeste	3.612	18,1	868.964	15,5
Planalto Norte	867	4,3	223.628	4,0
Sul	2.500	12,5	841.763	15,0
Vale do Itajaí	4.059	20,3	1.249.452	22,3
Total	19.972	100,0	5.607.160	100,0

Fonte: SIA-APAC/IBGE

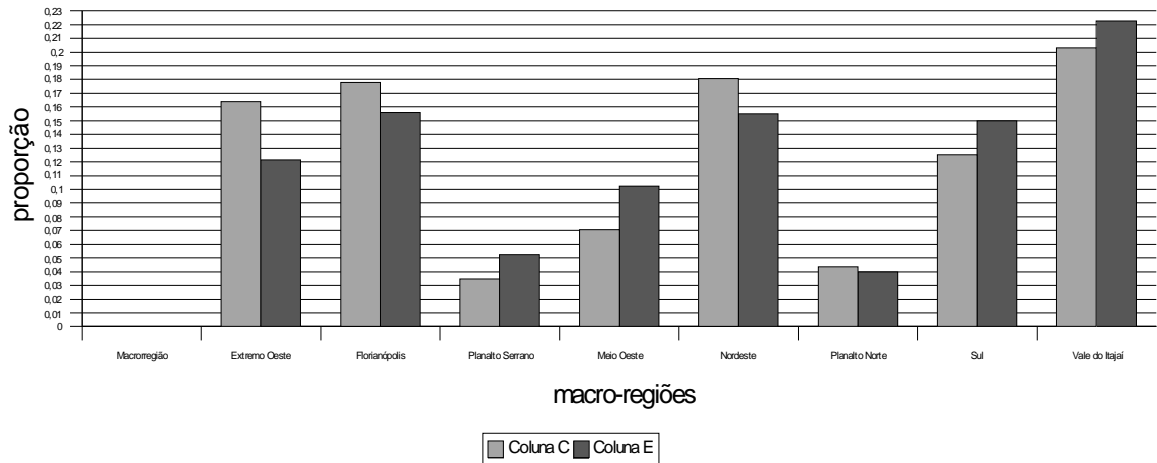


GRÁFICO 8 – Comparação das proporções de procedimento TRS e da população das macro-regiões de Santa Catarina, SC, 2003

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004

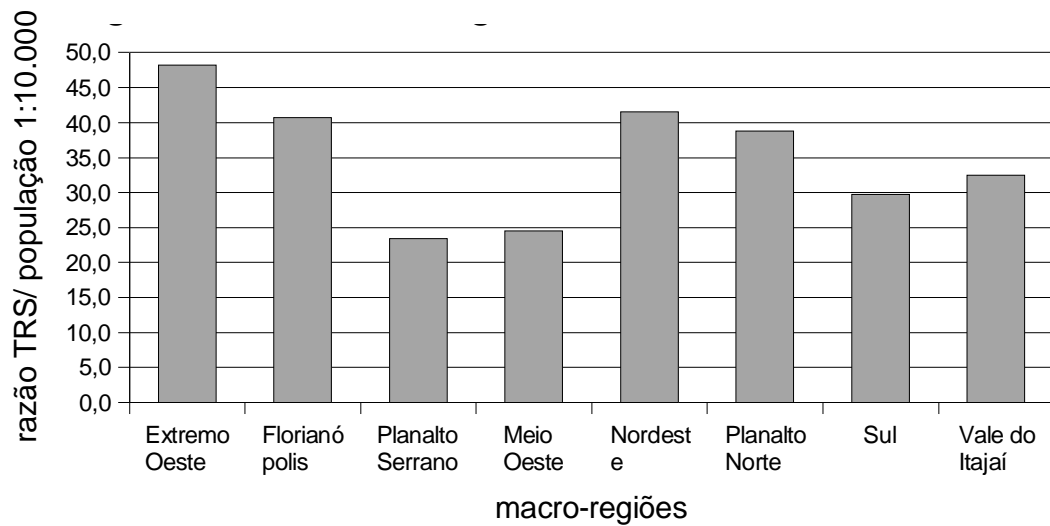


GRÁFICO 9 – Razão entre procedimentos TRS realizados e população residente por 10.000 habitantes, segundo as macro-regiões, SC, 2003

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004

De acordo com a Câmara Técnica da SES (2004), das 19.972 TRS realizadas em Santa Catarina em 2003, 134 (0,7%) foram de residentes em outros estados, com destaque para o Rio Grande do Sul e Paraná. A verificação do total de catarinenses que buscaram serviços de TRS em outros Estados ainda não está disponibilizada para consulta via Internet.

Para estimar a necessidade de deslocamentos dos pacientes para a realização de TRS, foram construídas 2 tabelas, que permitem analisar o fluxo dos pacientes.

Considerando somente as TRS no Estado, 544 TRS foram realizadas fora da macrorregião de residência, o que corresponde a aproximadamente 2,7 % do total.

As macrorregiões do Planalto Serrano e do Meio Oeste são as que apresentaram a maior proporção de TRSs realizadas fora da macro de residência (13,5% e 12,2%, respectivamente). Na primeira tabela, é possível identificar que a maioria dos pacientes destas macros realizaram o procedimento na Grande Florianópolis, o mesmo acontecendo com a macrorregião do Sul, na qual a totalidade das TRSs realizadas fora da macro de origem foi realizada na Grande Florianópolis.

As macrorregiões do Extremo Oeste e do Nordeste aparecem como as que atenderam a maior parte dos seus pacientes na própria macrorregião, com apenas alguns casos isolados ocorrendo fora de suas áreas.

TABELA 4 - TRS realizadas, segundo macrorregião e internação e residência, SC, 2003

Macrorregião Internação	Macrorregião Residência							Vale do Itajaí	Total
	Extremo Oeste	Grande Fpolis	Planalto Serrano	Meio Oeste	Nordeste	Planalto Norte	Sul		
Extremo Oeste	3134	-	-	58	-	-	-	6	3198
Florianópolis	4	3133	75	120	3	-	130	57	3522
Planalto Serrano	-	-	678	14	-	-	-	-	692
Meio Oeste	-	-	31	1377	-	-	-	-	1408
Nordeste	-	-	-	-	3590	10	-	6	3606
Planalto Norte	-	-	-	-	2	860	-	-	862
Sul	2	-	-	-	2	-	2489	-	2493
Vale do Itajaí	-	34	-	-	-	-	-	4023	4057
Total	3140	3167	784	1569	3597	870	2619	4092	19838

Fonte: SIA-APAC

TABELA 5 - TRS realizadas, segundo macrorregião, residência e percentual de TRS realizadas fora da macrorregião de residência, SC, 2003

Macrorregião	Residentes na Macrorregião	TRS	
		Realizadas Fora da Macrorregião de Residência	
		Nº	%
Extremo Oeste	3140	6	0,2
Florianópolis	3167	34	1,1
Planalto			
Serrano	784	106	13,5
Meio Oeste	1569	192	12,2
Nordeste	3597	7	0,2
Planalto Norte	870	10	1,1
Sul	2619	130	5,0
Vale do Itajaí	4092	59	1,4
Total	19838	544	2,7

Fonte: SIA- APAC

As mudanças ocorridas no SUS nas últimas duas décadas e, particularmente, a melhoria da qualidade na assistência no que tange à Terapia Renal Substitutiva (TRS) certamente proporcionou uma importante mudança no perfil demográfico dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC) no Estado. O aumento na oferta de serviços e os avanços relativos a qualidade desses serviços apontam como consequência um provável aumento da sobrevida, que pode ser medido indiretamente a partir do número absoluto de pacientes, cujo crescimento assume um caráter linear.

Em Santa Catarina o número de TRS realizados passou de 16.527 em 2000 para 19.053 em 2003, o que representa um incremento de 15,3% em apenas 3 anos.

Existem cadastrados no SUS 672 clínicas de Terapia Renal Substitutiva (TRS), das quais 32 (trinta e duas) unidades prestadoras de serviços assistenciais em Nefrologia, situadas em 22 (vinte e dois) municípios de Santa Catarina.

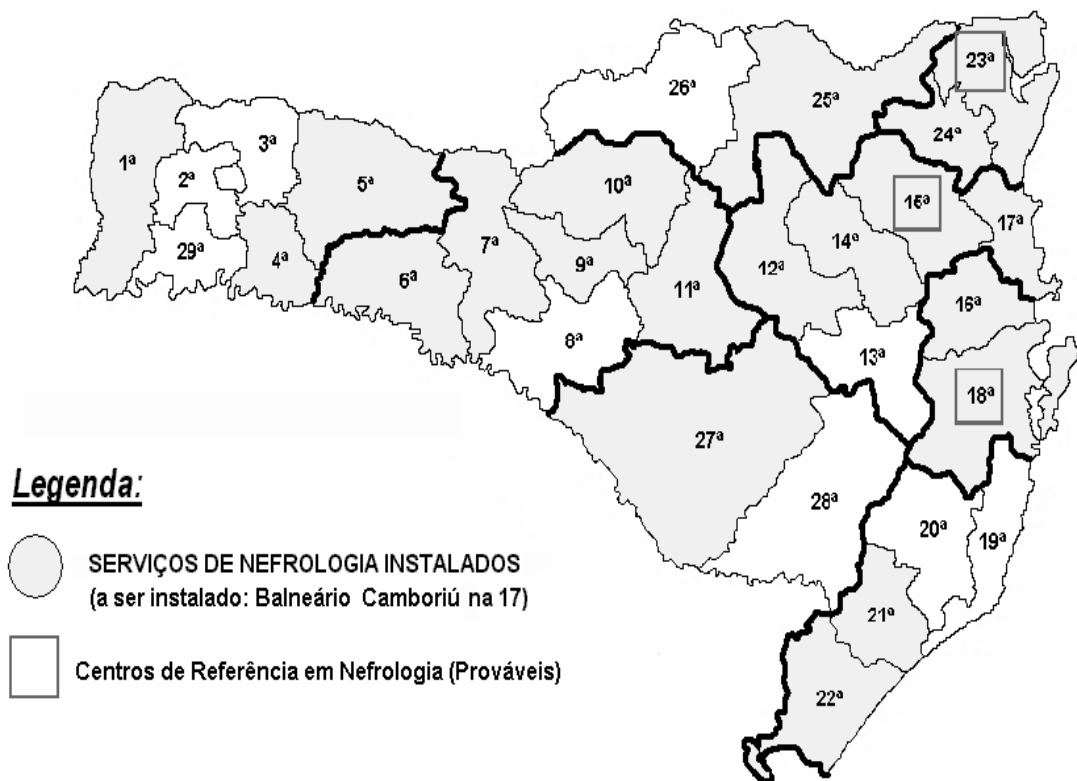
Tais unidades, por município, são apresentadas no Mapa a seguir:

Figura 1: Rede de Nefrologia



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO E AUDITORIA DO SISTEMA DE SAÚDE

**REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA
EM NEFROLOGIA (EM ESTUDO)**



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004

3.5. EQUIPAMENTOS

O Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDS) tornou público um documento baseado na Revista BNDS Setorial, edição de setembro de 2002, que discorre sobre temas importantes em relação ao parque tecnológico dos equipamentos utilizados em diálise.

Refere o citado documento que, após o incidente de Caruaru, Pernambuco, foi suspensa a fabricação no país de centrais de hemodiálise. A Portaria GM/MS nº 82, de 3/1/2000, trouxe uma série de exigências técnicas relativas às máquinas, semelhantes às da portaria anterior. Novamente, nada foi dito sobre o tipo de máquina, proibindo ou recomendando a tecnologia para essas máquinas. A indústria nacional fez adaptações em suas máquinas de tanque, até porque o pequeno porte das empresas não lhes permitiu grandes investimentos em desenvolvimento de novos produtos.(Revista BNDS, 2002)

Conforme o Ministério da Saúde (2004) podemos observar na Tabela 6, que de maneira geral, o atual mercado nacional de hemodiálise continua dependente de importações, tanto de equipamentos quanto de materiais. Itens com razoável escala de produção não são produzidos no país, como é o caso de dialisadores; ou o são apenas marginalmente, como acontece com as linhas e as agulhas de fístula. Mesmo os itens produzidos no país, embora representarem substancial parcela do custo do tratamento, parecem não atrair investimentos independentes de forma a configurar um mercado concorrencial que traga benefícios diretos sobre o custo dos tratamentos dialíticos. Pelo contrário, observa-se um movimento de concentração da oferta com tendência a um duopólio vinculado à marca das máquinas de hemodiálise.

Os preços das hemodialisadoras importadas variam de acordo com suas características e procedência. As hemodialisadoras importadas possuem um custo de manutenção elevado, na medida em que dependem de peças e partes produzidas em outros países, alongando o tempo de sua paralisação. Esse problema cresce exponencialmente, dada a sofisticação dos equipamentos, particularmente nas localidades mais pobres e onde é menor a especialização da mão-de-obra técnica. Máquinas sofisticadas também requerem peças complexas, cujo preço, tratando-se de importação, é sempre impactado pela taxa de câmbio.

TABELA 6 - Peso no custo dos principais produtos para hemodiálise no Brasil

<i>Produto</i>	<i>Local / Importado</i>	<i>Fornecedores no Mercado Brasileiro</i>	<i>Peso no Custo da HD</i>
Concentrado de HD	Local	Farmarin, FMC, Solufarma, F.Kabi, Salbego	10,0%
Dialisador (Capilar)	Importado	FMC, gambro, Baxter, Nipro, Bellco	4,9%
Desinfetantes	Local	FMC, Baxter, Farmarin	3,9%
Agulhas	Local	Nipro, BD	2,2%
Linhas de sangue	Local	Bioflux, Vida, FMC	1,5%
Heparina	Local/Importado	Cristalia, Northia, etc	1,2%
Outros	Local	Vários	3,7%
Total de insumos			27,3%
Em reais por tratamento de HD			R\$ 29,54
Máquina de HD*	Importado	Baxter, Gambro, FMC, Bellco, JMS, Nikisho	7,7%
Tratamento da Água**	Importado/Local	Purosystems, Osmonics	0,4%
Poltronas***	Local	Ronconi, outros	0,2%
Total de equipamentos			8,3%
Em reais por tratamento de HD			R\$ 8,92

Fonte: Ministério da Saúde, 2003.

* depreciação em 6 anos, 60 tratamentos por máquina/mês (sem custo de manutenção)

** depreciação em 10 anos (sem custo de manutenção)

*** depreciação em 5 anos

O Ministério da Saúde, através do Projeto de Hemodiálise e do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), repassou para os prestadores de TRS, públicos e filantrópicos, em todas as regiões do país, 942 equipamentos, sendo a finalização do projeto em setembro de 2002.

O Projeto Hemodiálise investiu na região sul do país aproximadamente R\$ 5,5 milhões, no ano de 2003, beneficiando 16 instituições com 125 unidades distribuídas. No Brasil, o projeto beneficiou 103 instituições, somando um investimento de R\$ 32,4 milhões. O Ministério da Saúde instituiu o projeto em 1998 com o objetivo de adequar os hospitais públicos e filantrópicos à portaria ministerial que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise, bem como os mecanismos de controle, qualidade e segurança para os pacientes. A distribuição dos equipamentos para o Estado de Santa Catarina é apresentada na Tabela 7.

TABELA 7 - Equipamentos disponibilizados para o Estado de Santa Catarina sob os projetos de Hemodiálise e de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus). Brasil, setembro de 2002.

Unidade Federada/Município	Entidade	Fonte de Recursos	
		Projeto Hemodiálise (Quantitativo)	Projeto Reforsus (Quantitativo)
Santa Catarina			
Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos	10	-
Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	3	-
Florianópolis	Hospital Universitário da UFSC	5	-
Joinville	Hospital Municipal São José	-	1
São José	Instituto de Cardiologia	2	-
Timbó	Hospital e Maternidade OASE	1	-
Total		21	1

Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

3.6. FINANCIAMENTO

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a regularidade no fluxo das verbas públicas destinadas ao financiamento do SUS é a única alternativa compatível com a Constituição para realizar ações e serviços que, por sua natureza, devem ser prestados diuturnamente, sem interrupção e com qualidade.

Tal fluxo de verbas é presidido por alguns princípios legais básicos que norteiam o sistema: o primeiro, de que deve ser suficiente; o segundo, de que deve ser oportuno, ou seja, regular e automático; o terceiro, de que deve ser acompanhado de correção monetária, em caso de atraso; e o quarto, de que deve ser proporcional à despesa prevista em cada área constante no orçamento da Seguridade Social.

Os recursos financeiros do SUS devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde; e que na esfera federal os recursos financeiros, originários do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos da União, além de outras fontes, sejam administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 33).

Ainda para o Ministério da Saúde (2004), a suficiência dos recursos deve ser decorrência da definição inicial do valor necessário estipulado pelo Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, conforme venha a ser votado pelo Congresso Nacional, de sorte a constituir o orçamento da Seguridade Social, integrado por fontes criadas especialmente para este fim, com a participação equitativa de toda a sociedade. Em caso de necessidade ou falta, deverá ser complementado com recursos adicionais do orçamento fiscal, nas três entidades federativas. (Ministério da Saúde, 2004)

O repasse das verbas deve ser feito de modo regular e automático em dois momentos distintos: o primeiro, entre o órgão arrecadador e o Fundo Nacional de Saúde; e o segundo, entre o Fundo Nacional de Saúde e os entes federativos. (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal-MS, 2004, p.63)

Quanto ao primeiro momento, deve ser observados o prazo, a proporção e a atualização monetária das verbas repassadas. Sobre o prazo, há três diferentes diplomas legais a determinar que a transferência de recursos do órgão arrecadador para o Fundo Nacional de Saúde deve ser feita de modo automático e coincidente com a distribuição dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios, sempre a reforçar os objetivos constitucionais. Quanto ao segundo momento, verifica-se que os recursos do Fundo Nacional de Saúde para municípios, estados e Distrito Federal devem ser repassados de modo não só automático, mas também regular. (Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal-MS, 2004, 65)

Parte dos recursos do Fundo Nacional de Saúde deve ser alocada como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal e, como tais, destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde (A Lei nº 8.142/90, art. 2º - IV e Parágrafo único),

Atualmente o modelo é caracterizado por um financiamento assumido, principalmente, pelo Sistema Único de Saúde – SUS. O referido modelo mostra, ainda, uma grande dependência da Terapia Renal Substitutiva – TRS de insumos e equipamentos importados, de valor indexado ao dólar, exercendo forte pressão sobre os custos, pressionando as despesas com procedimentos de alta complexidade/custo.

O financiamento dos procedimentos da Atenção Básica por parte do Ministério da Saúde dá-se pelo Piso de Atenção Básica -PAB fixo, ou seja, quantia estimada como necessária para a execução das ações básicas de saúde, definida a partir do número de

habitantes de cada município e pela sua parcela variável, que tem como principal estratégia a saúde da família, hoje representada pelo Programa Saúde da Família (PSF) e pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS).

Quanto as internações dos pacientes portadores de doença renal e ao processo de Terapia Renal Substitutiva, o financiamento é realizado mediante pagamento por procedimentos – apresentação de AIH⁹ e APAC¹⁰, com valores definidos na tabela do SUS. Os recursos repassados a título de prestação dos serviços são alocados em tetos financeiros (parcela de custeio da esfera federal para assistência ambulatorial e hospitalar configura um teto financeiro global para cada Estado e Municípios. O teto financeiro do Estado contém os tetos dos municípios, em qualquer gestão), sendo que os referentes a TRS compõem o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). O Ministério da Saúde tem repassado os recursos financeiros referentes aprovados pelos gestores (responsáveis pelo funcionamento e cumprimento dos princípios do SUS. O Gestor do município é o Secretário Municipal de Saúde. No Estado, é o Secretário de Estado da Saúde e, no nível federal, o Ministério da Saúde).

3.7. CUSTOS

No início de 2003, foi constituído no Ministério da Saúde um Grupo de Trabalho, no interior do Departamento de Economia da Saúde, para tratar dos custos da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Este Grupo elaborou planilhas com dados importantes para o debate do assunto com prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde, o que pode ser considerado um avanço na visão de Humberto Costa – Ministro da Saúde.

Os dados foram trabalhados a partir de custos levantados junto à Sociedade Brasileira de Nefrologia e o estudo indica que os valores hoje pagos pelo SUS à rede prestadora deste tipo de serviços são maiores do que as despesas com estes procedimentos, mesmo considerando os custos mais altos elencados pelas próprias instituições prestadoras.

⁹ AIH – Autorização de Internação Hospitalar que consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na AIH, documento este de autorização e fatura de serviços. É quantificada de acordo com o número de habitantes do município. (Ministério da Saúde, 2000)

¹⁰ APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo é um documento padronizado com numeração pré-estabelecida pelo MS/DATASUS, com numeração sequencial, apresentada em formulário contínuo. É um importante instrumento de regulação, informação, controle e avaliação que possibilita trabalhar com segurança. (Ministério da Saúde, 2005)

Segundo o Ministro da Saúde, iniciativas como esta são fundamentais para que os gestores do SUS tenham padrões de custo e possam realizar, de fato, debates com os prestadores munidos de dados consistentes e objetivos. E isso só será possível a partir da construção de um sistema próprio de informação relativo a estes custos.

O gasto anual dos Procedimentos Hospitalares do SUS, no Brasil, que inclui o oferecimento de Transplante Renal (receptor e doador vivo), Transplante Renal Receptor (doador cadáver), Equipe de Nefrologia, Insuficiência Renal Aguda e Insuficiência Renal Crônica, no período compreendido entre 2000 e 2003 foi de R\$ 270.269.954,81. Neste mesmo período, só com Procedimentos Ambulatoriais, o país gastou R\$ 3 bilhões.

Na Tabela. 7 mostra que no ano de 2000 foram gastos R\$ 12.310.662,72 (Procedimento Hospitalar) e R\$ 117.988.292,72 (Procedimento Ambulatorial) com a assistência ao paciente renal crônico, totalizando um gasto de R\$ 44.256.891,32 e no ano de 2003, os gastos todos do SUS, com a Região Sul, foram de R\$ 14.999.526,34 (Procedimento Hospitalar) e R\$ 159.556.320,49 (Procedimento Ambulatorial).

TABELA 8 - Gasto Total do SUS com assistência ao paciente renal crônico, na Região Sul.

ANO	PROCEDIMENTOS DO SUS			
	HOSPITALAR (R\$)	(%)	AMBULATORIAL (R\$)	(%)
2000	12.310.662,72	20,91	117.988.292,72	21,68
2001	16.121.292,28	27,38	129.430.548,97	23,79
2002	15.437.336,02	26,22	137.022.715,79	25,18
2003	14.999.526,34	25,47	159.556.320,49	29,33
TOTAL	58.868.817,36	100	543.997.877,97	100
Total Geral	602.866.695,33			

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

No Estado de Santa Catarina, o aumento foi de R\$ 10.026.939,44, no período compreendido entre 2000-2003. Esse aumento pode ser observado na Tabela nº 9, a seguir:

TABELA 9 - Gasto Total do SUS com assistência ao paciente renal crônico, no Estado de Santa Catarina.

<i>ANO</i>	<i>PROCEDIMENTOS DO SUS</i>			
	<i>HOSPITALAR (R\$)</i>	<i>(%)</i>	<i>AMBULATORIAL (R\$)</i>	<i>(%)</i>
2000	1.700.995,08	18,11	18.965.761,16	21,49
2001	2.461.891,96	26,21	20.750.641,27	23,52
2002	2.661.473,45	28,34	20.378.982,81	23,09
2003	2.566.190,44	27,32	28.127.505,24	31,88
TOTAL	9.390.550,93	100	88.222.890,48	100
Total Geral	97.613.441,41			

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

O Hospital Governador Celso Ramos – HGCR, sito à Rua Irmã Benwarda, 297 – centro – Florianópolis/SC, possui hoje uma área total construída de 22.000m², com 194 leitos ativados e 889 servidores e desses 123 são médicos. Além disso conta com 71 funcionários terceirizados, prestando serviços de limpeza e vigilância.

É um hospital que presta atendimento de emergência, ambulatorial e internação. Oitenta por cento dos pacientes são conveniados do Sistema Único de Saúde e 25% dos pacientes são do interior de Santa Catarina.

Desde a fundação já passaram pelo hospital cerca de 185 mil pacientes e o número de atendimento na emergência chega aos 300/dia e 538 internações/mês.

O Hospital Governador Celso Ramos é hoje centro da referência para todo o Estado de Santa Catarina. Ao longo de seus 32 anos de existência, presta relevantes serviços à toda população, especialmente aos usuários do SUS, que têm acesso à toda tecnologia de que dispõe. É um hospital geral para adultos, que oferece todas as especialidades médicas, sendo certamente, o hospital público mais completo e com maior resolutividade de todo Estado.

A Unidade de Rim do HGCR, conta atualmente com 01 Diretor Técnico, 01 Enfermeiro Chefe, 01 Nutricionista, 01 Assistente Social e 11 Técnicos de Enfermagem para atender uma média de 50 pacientes/mês, que realizam os procedimentos de Terapia Renal Substitutiva em 02 turnos de 04 horas.

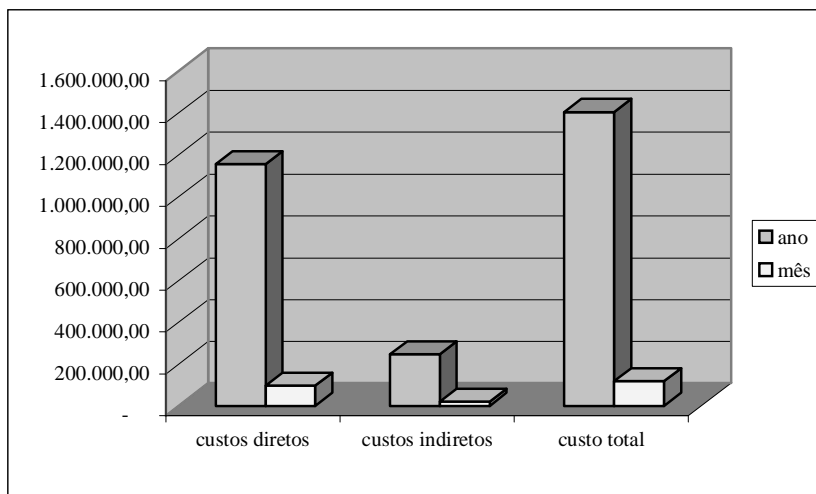
Para o cálculo de algumas variáveis a relação com o custo foi feita através de dados de produção disponibilizados pelo Setor de Custos do HGCR, dispostos no ANEXO 2.

TABELA 10 : Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim do HGCR, 2004

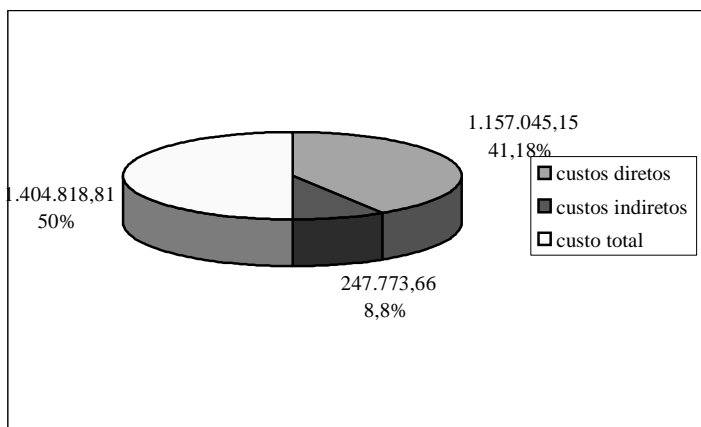
CUSTOS	ANUAL	MENSAL
Custos Diretos	1.154.045,15	96.420,43
Custos Indiretos	247.773,66	20.647,81
Custo Total	1.404.818,81	117.068,23
Custo Médio por Paciente*	28.096,32	2.341,36

Fonte: Elaborada pela autora

* O Custo Médio por Paciente = Custo Total dividido por 50

**GRÁFICO 10** - Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim – 2004, do HGCR

Fonte: Elaborado pela autora

**GRÁFICO 11** - Demonstrativo de Custos da Unidade de Rim – 2004, do HGCR (%)

Fonte: Elaborado pela autora

CAPÍTULO IV

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DAS DOENÇAS RENAI CRÔNICAS**

4.1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

A estratégia do Ministério da Saúde para promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas consiste em atuar fortemente para a mudança de estilos de vida que predisõem ao surgimento e agravamento dessas doenças: sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo.

A exposição desse conjunto de evidências tem o objetivo de sensibilizar profissionais de saúde e equipes de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) para a importância da promoção da atividade física, da alimentação saudável e da redução do fumo e álcool, como fatores predominantes de proteção à saúde em relação às doenças crônicas.

A Tabela 11 e o Gráfico 12 apresentam a distribuição dos principais fatores de risco para essas doenças. Acrescem-se a esses fatores o consumo inadequado do sal de cozinha, o aumento da ingestão de gorduras saturadas e a redução de fibras na alimentação.

Estando esses fatores presentes concomitantemente nos indivíduos e geralmente associados a várias doenças, as ações de controle, preferencialmente, não devem se limitar a um único fator.

Por outro lado, o controle de alguns desses fatores certamente resultará em benefício para todas as doenças a eles associadas, uma vez que cessada a exposição, a tendência é a gradativa redução dos danos que, porventura, já tenham sido provocados ao organismo.

TABELA 11 - Prevalência (%) de alguns fatores de risco, segundo o sexo, no grupo etário de 15 a 59 anos

Fatores de Risco	Homens	Mulheres	Total
Sedentarismo	57,3	80,2	69,3
Tabagismo	44,6	31,9	37,9
Hipertensão	31,0	14,4	22,3
Obesidade	14,2	21,4	18,0
Alcoolismo	12,6	3,3	7,7

Fonte: Rego e cc: "Revista Saúde São Paulo", 24(4): 277-85. 1990

No Gráfico 12, é possível observar que o sedentarismo foi o fator de risco com maior prevalência na população, independente do sexo. Portanto, fica evidente a importância de se adotar um estilo de vida ativa que, de alguma forma, pode ajudar a controlar e diminuir os outros fatores de risco.

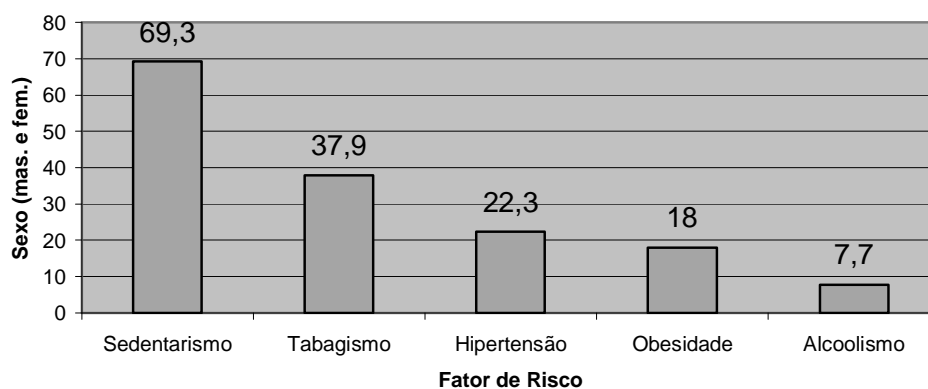


GRÁFICO 12 - Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Crônicas

Fonte: Rego e cc: "Revista Saúde São Paulo", 24(4): 277-85. 1990

4.2 MOMENTOS DE INTERVENÇÃO

De acordo com Reis (2004) as ações de prevenção e tratamento das doenças renais em Santa Catarina são organizadas de forma hierarquizada, compreendendo municípios, sedes de módulos assistenciais, e pólos regionais de Terapia Renal Substitutiva (TRS) como do Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade em Transplantes, articulados num sistema de referência e contra-referência.

As atribuições de cada uma dessas instâncias compreendem a intervenção ao menos em sete momentos na história natural da doença, considerando a insuficiência renal crônica como seu desenlace. Essas intervenções são determinadas por serviços de referência em hospitais transplantadores (alta complexidade), serviços de nefrologia ou ambulatórios de especialidade isolados (média complexidade – consultas)) e por serviços de atenção primária em saúde (atenção básica). São descritos e exemplificados a seguir as atividades

segundo esses momentos de intervenção, relacionando-as, após, segundo os níveis de hierarquia e habilitação da gestão no sistema.

4.2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de saúde, através de ações de educação em saúde individual, coletiva e campanhas através da mídia aberta, bem como de ações intersetoriais que promovam a adesão de hábitos saudáveis. A competência dessas ações, educativas e de promoção de saúde, são competências concorrentes do gestor estadual e municipal, cabendo particularmente ao gestor estadual as ações educativas através da mídia aberta.

As ações educativas serão voltadas para prevenção da doença renal através de: (a) alimentação saudável, (b) prática de atividade física, (c) inibição da automedicação; bem como (d) detecção e tratamento precoce e eficaz de doenças lesivas ao rim, principalmente hipertensão, diabetes e infecções urinárias; dentre outros tópicos. (Plano Estadual de Nefrologia, SC, 2004)

A prática de atividade física pode ser facilmente introduzida na rotina diária do indivíduo. Exercitar-se regularmente é um dos melhores meios de promoção de saúde, trazendo benefícios e aumento a expectativa de vida, pois se sabe que a chance de um indivíduo ultrapassar os 65 anos depende, principalmente, de alguns fatores, conforme demonstra o gráfico 13.

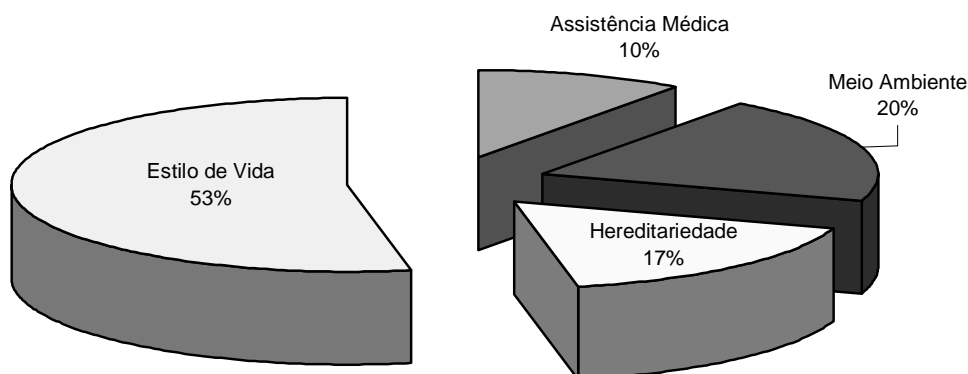


GRÁFICO 13 - Expectativa de Vida

Fonte: Ministério da Saúde, 2004

4.2.2. CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DO DIABETES MELLITUS

O controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus pode ser feito através da assistência profissional qualificada e assistência farmacêutica. O Sistema Único de Saúde, através da Assistência Farmacêutica, deverá promover o uso racional, garantir a eficácia e a qualidade dos medicamentos, e a sustentabilidade do financiamento.

O financiamento dar-se-á mediante cooperação técnica e financeira intergestores, envolvendo recursos para aquisição de medicamentos, contratação e capacitação de recursos humanos, reforma e manutenção de estruturas físicas e aquisição de materiais e equipamentos visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, suficiente e regular, a preços compatíveis com os interesses nacionais. Os recursos financeiros destinados à aquisição dos medicamentos serão disponibilizados pelos gestores federal e estadual, em regime de co-financiamento.

No caso dos medicamentos utilizados nas diferentes formas de atenção, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde em 2002, com relação a Farmácia Básica, foram da ordem de R\$ 172.083.771,34. A tabela 12 apresenta uma das formas de repasses.

TABELA 12 - Demonstrativo de quantidade de medicamentos repassados pelo Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus do Ministério da Saúde, Brasil, 2002.

Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Hidroclorotiazida 25 mg	651.984.300	0,114	74.326.210,00
Captopril 25mg	532.094.540	0,0275	14.632.600,00
Propranolol 40 mg	134.247.000	0,013	1.745.211,00
Glibenclamida 5mg	79.699.420	0,0117	932.483,00
Metformina 850 mg	95.000.004	0,086	8.170.000,00
TOTAL			99.806.504,00

Fonte: Ministério da Saúde

Também são repassados kits de medicamentos para hipertensão e diabetes, entre outros, pelo PSF, cuja quantidade é apresentada na Tabela 13.

TABELA 13 - Medicamentos repassados pelo Programa Saúde da Família, Brasil, 2002.

Medicamentos	Quantidade	Valor
Captopril comp 25mg	23.030.500	633.338,75
Glibenclamida comp 5mg	29.180.000	341.406,00
Hidroclorotiazida 25 mg	104.422.000	11.904.108,00
Propranolol 40 mg	52.211.000	678.743,00
TOTAL	208.843.500	13.557.595,75

Fonte: Ministério da Saúde

4.2.3. AVALIAÇÃO EM NEFROLOGIA

Avaliação e acompanhamento especializado em nefrologia de pacientes com situação de risco para insuficiência renal, preferencialmente executado por Serviços de Nefrologia, a partir de encaminhamento dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

4.2.4. TRS EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

A competência dessas ações cabe aos municípios Pólo, através de Serviço de Nefrologia. Os exames complementares (de rotina) serão fornecidos pelo Serviço de Nefrologia e processados através da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) de TRS. Os exames, procedimentos e prescrições decorrentes de intercorrências e comorbidades solicitados pelo médico assistente da TRS serão fornecidos pelo SUS.

4.2.5. AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPLANTE

Os exames complementares indicados no protocolo da Sociedade Brasileira de Transplantes de Órgãos e sugeridos no Fórum de Discussão do Processo Doação/Transplante no Brasil (Brasília, 2004), ou por protocolo a ser normatizado pelo Ministério da Saúde em substituição aqueles, serão fornecidos pelo SUS. A partir desta avaliação os pacientes com insuficiência renal seriam inscritos na lista de transplantes do SCTRANSPLANTES.

4.2.6. TRANSPLANTE RENAL

A competência desses cabe aos municípios Pólo, através dos ambulatórios dos Hospitais habilitados no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade hospitalar (SIPAC) para transplantes renais e conjugado rim-pâncreas, obedecendo estritamente a lista de pacientes estabelecida pelo SCTRANSPLANTES.

4.2.7. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRANSPLANTE

A competência dessas ações cabe, no pós-operatório imediato, ao município Pólo, através do hospital em que se realizou o transplante e, após o pós-operatório imediato, aos municípios Pólo, através de Serviço de Nefrologia de origem. Os exames complementares e

prescrições necessárias solicitadas pelo médico assistente da TRS serão fornecidos pelo SUS.

4.3. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL

Para Mendes (2002), um dos principais indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA), um indicador de morbidade hospitalar. Este indicador capta aquelas condições que são internadas desnecessariamente ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (Billings, Anderson e Newman, 1996)

Estudos feito por Alfradique e Mendes (2002), examinando todas as internações do SUS no ano de 2001, mostrou que de um total de 12.426.111 internações pagas pelo SUS, 3.405.452 foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Assim, nesse ano, as ICSSA significaram 27,4% do total de internações; quando se retiram os partos, que não são condições patológicas, esse percentual sobe para 33,8%.

Essas internações desnecessárias ou evitáveis custaram ao SUS, em 2001, 1,036 bilhão de reais do total de 6,675 bilhões gastos com internações, no ano; isso representou um gasto *per capita*/ano de aproximadamente R\$ 6,00, mais da metade do valor do PAB fixo.

Quando se analisam as ICSSA, por tamanho dos hospitais em que ocorrem, verifica-se uma alta concentração nos hospitais pequenos, conforme se vê na Tabela 14.

TABELA 14 - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSSA) no SUS, por número de leitos dos hospitais de ocorrência da internação e por valores pagos, 2001.

Número de leitos	% de ICSSA *	% de Recursos pagos a ICSSA *
Até 30 leitos	55,3	53,7
De 31 a 50 leitos	50,7	49,1
De 51 a 100 leitos	41,0	36,0
De 101 a 200 leitos	29,7	22,3
De 201 a 300 leitos	22,1	15,5
De 301 a 500 leitos	18,1	13,3
De 501 a 1.000 leitos	14,5	10,7
Mais de 1.000 leitos	13,6	10,4
Total	33,8	24,1

Fonte: Mendes (2002)

(*) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial, excluídos partos

As ICSSA variam de 55,3% nos hospitais de até 30 leitos, a 50,7% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 41,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, para alcançar valores inferiores a 15% em hospitais de mais de 500 leitos. Constatase, então, que somente a partir de hospitais de mais de 100 leitos, os valores encontrados são inferiores à média nacional de 33,8%.

Observa-se que o percentual de gastos com as ICSSA chega a 53,7% nos hospitais de menos de 30 leitos, a 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para valores de iguais ou menores de 15,5% nos hospitais de mais de 200 leitos. A análise dessas informações permite inferir que as ICSSA no Brasil estão determinadas pela conjunção de dois fenômenos:

Primeiro: parte delas se deve à baixa resolutividade da atenção primária à saúde, o que leva a internações desnecessárias ou evitáveis. Segundo: a variação por tamanho de hospitais, indica que há uma manifestação clara da lei de Roemer que diz “se há leitos hospitalares eles tendem a ser usados”, independente das necessidades da população, um caso particular do princípio mais geral da indução da demanda pela oferta, característico dos sistemas de serviços de saúde (Roemer, 1993).

Parece ocorrer que os pequenos hospitais, que recebem um número determinado de AIH's vão sempre gastá-las, no limite, para cobrir seus custos fixos. Esse fenômeno pode ser denominado de “queima de AIH's”. Isso mostra que a expansão hospitalar, através de pequenos hospitais, provoca brutal ineficiência, sendo parte do problema e não solução.

A ausência de uma política hospitalar no SUS está levando a uma situação paradoxal: há muitos hospitais e faltam hospitais. Os hospitais modernos devem ser dirigidos para a atenção a eventos agudos e, para isso, necessitam de ter uma densidade tecnológica adequada, o que pressupõe uma escala adequada (ROEMER, 1993)

Assim, Mendes (2002), diz que faltam leitos para a atenção às condições agudas em todo o país, especialmente leitos de tratamento intensivo, enquanto sobram leitos para internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

4.4. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E GESTÃO FINANCEIRA

De acordo com a Cartilha do SUS, o conceito de saúde, que permeia todo o desenvolvimento do PSF, influi de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. A equipe do Programa Saúde da Família assumia, assim, o desafio da atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial era considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada.

Ao PSF foi, então, atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deveria promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema.

Em 1995, o PACS e o PSF que estavam sob responsabilidade da Coordenação de Saúde da Comunidade do Departamento de Operações, da Fundação Nacional de Saúde, foram transferidos para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde.

Esses dois programas foram incluídos nas regras de financiamento da assistência, vigentes à época. Os repasses baseavam-se na produção de serviços, limitados por um teto financeiro que, nem sempre, permitia o atendimento às reais necessidades da população. Se, por um lado, essa forma de financiamento conferiu regularidade maior à transferência dos recursos federais aos municípios que implementaram estes programas, por outro lado, como os recursos não estavam vinculados obrigatoriamente às ações dos programas ou mesmo à atenção básica, eram, em geral, alocados em serviços ou ações que demandavam mais recursos. Conseqüentemente, era comum faltarem recursos para a implantação do PSF e do PACS. Considerava-se que, na prática, a lógica de alocação de recursos acabava priorizando a doença e não a saúde.

As contradições geradas pelo PSF refletiram na formulação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS/96). Foi então, criado o Piso de Atenção Básica (PAB), pelo qual todo o município teria um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, calculado com base no número de habitantes (valor *per capita*), para viabilizar a atenção básica de saúde a toda a população.

O PAB é composto por duas partes:

Parte fixa: quantia estimada como necessária para a execução das ações básicas de saúde, definida a partir do número de habitantes de cada municípios.

Parte variável: é destinada a financiar algumas ações especiais. É denominada variável porque a inclusão desses recursos no repasse do PAB depende da capacidade técnica e operacional do gestor em implantar programas, como PACS, PSF, Farmácia Básica, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, entre outros.

No entanto, nem todos os municípios possuem capacidade plena instalada para prestação de serviços especializados como, por exemplo, exames de diagnose e terapia. Desse modo, os usuários do sistema devem se dirigir ao município vizinho para receber estes serviços.

O planejamento e a gestão financeira, neste caso, deve ser realizado através de uma pactuação entre gestores municipais e, quando necessário, também com o gestor estadual, para que o cidadão não fique sem atendimento por não existir o serviço em seu município de origem. Esta articulação é denominada de Programação Pactuada Integrada (PPI)¹¹, um importante instrumento de planejamento no processo de pactuação intergestores. Quando um município faz um pacto na PPI e passa a atender em uma ou mais unidades da sua rede de saúde a população de outra cidade, seu teto financeiro e o da outra cidade são alterados, porque os acordos definem que um município ou Estado que forneça um serviço a outro, receba o pagamento pelo serviço prestado.

Os recursos do PAB destinam-se exclusivamente à execução das ações e serviços de atenção básica à saúde definidos no manual para Organização da Atenção Básica.

Os recursos do PAB poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes no Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual, aprovadas na Lei Orçamentária do Município ou em créditos adicionais específicos, observada a legislação pertinente.

Os recursos financeiros do PAB poderão ser utilizados em todas as despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da atenção

¹¹ Programação Pactuada e Integrada – PPI é uma programação feita em acordo entre os gestores dos três níveis de governo com o objetivo de otimizar os serviços e resultados e de racionalizar a utilização dos recursos, evitando a duplicação de gastos porque o planejamento é feito em conjunto e com a intermediação dos governos estaduais. (Cartilha do SUS, MS, 2000)

básica e coerente com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações nele não previstas.

Os recursos do PAB não poderão ser utilizados como fonte substitutiva dos recursos próprios atualmente aplicados em saúde pelo município.

Para o pagamento das despesas deve ser elaborado um Plano de Aplicação que será submetido à apreciação do Conselho de Saúde.

4.5. CUSTOS

Para o cálculo de algumas variáveis, a relação com o custo da prevenção foi feita através de dados de produção disponibilizados pelo PA 24 horas, do bairro Ingleses, no município de Florianópolis/SC.

A Tabela 15 mostra o Custo Médio no atendimento do Programa Saúde da Família de pacientes Diabéticos e Hipertensos, considerando que esses pacientes consomem, ao dia, dois comprimidos de Hidroclorotiazida 25 mg, dois comprimidos de Captopril 25mg e dois comprimidos de Metformina 850 mg.

TABELA 15 - Custo Médio no atendimento do PSF, 2005

Medicamentos	Quantidade	Valor Unitário	Total/dia	Total/mês
Hidroclorotiazida 25 mg	02	0,114	0,228	6,84
Captopril 25mg	02	0,0275	0,055	1,65
Metformina 850 mg	02	0,086	0,258	7,74
TOTAL			0,541	16,23

Fonte: PA 24 HORAS/SC, 2004

Considerando o tratamento em 50 pacientes, o total de medicamentos/mês, será de R\$ 811,50 (oitocentos e onze reais e cinquenta centavos).

Os custos dos profissionais (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) que formam uma equipe de PSF serão de R\$ 5.400,00 (cinco mil e quatrocentos reais) por equipe. Considerando que uma equipe de PSF abrange 4.500 pessoas, temos:

- ❖ Custo da equipe por paciente: $5.400 \div 4.500 = \text{R\$ } 1,20$ (um real e vinte centavos)
- ❖ Custo de 50 pacientes atendidos pelo programa: $50 \text{ pacientes} \times \text{R\$ } 1,20 = \text{R\$ } 60,00$ (sessenta reais)
- ❖ Custo total para atendimento de 50 pacientes para rede ambulatorial no programa PSF:
 $\text{CT} = \text{Equipe PSF} + \text{Medicamentos}$
 $\text{CT} = 60,00 + 811,50 = \text{R\$ } 871,50$ (oitocentos e setenta e um reais e cinquenta centavos)
- ❖ Custo Médio por paciente/mês = $\text{R\$ } 17,43$ (dezesete reais e quarenta e três centavos)

PSF / Ambulatório para Atender 50 pacientes
 $\text{CT} / \text{Mês} = \text{Equipe PSF} + \text{Medicamentos}$
 $q = 50 \text{ pacientes} / \text{Mês}$

TABELA 16 : Demonstrativo de Custos do Posto de Saúde PA 24 HORAS, 2004

CUSTOS	MENSAL	ANUAL
Custo da Equipe	1,20	14,40
Custo de 50 pacientes	60,00	720,00
Custo Total (PSF + Medicamentos)	871,50	10.458,00
Custo Médio por Paciente *	17,43	209,16

Fonte: Elaborada pela autora

* Custo Médio por Paciente = Custo Total dividido por 50.

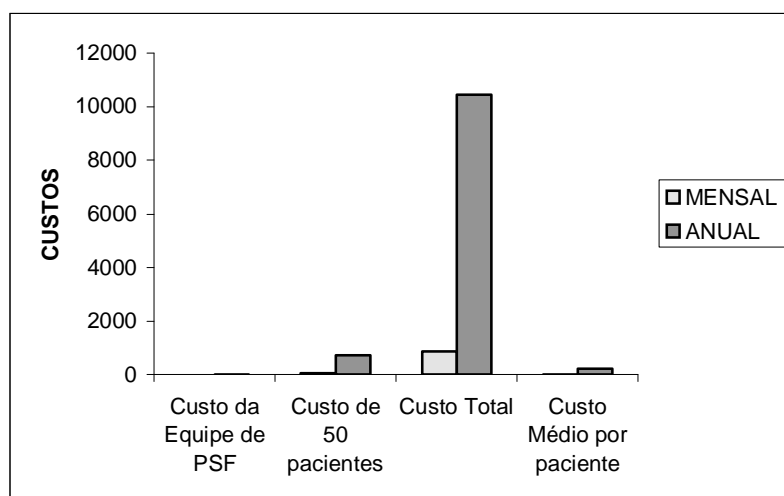


GRÁFICO 14 – Demonstrativo de Custos da Prevenção

Fonte: Elaborado pela autora

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. CONCLUSÃO

No Brasil, o número de pessoas que sofrem de doenças renais cresce a cada dia. Existem casos de diferentes níveis de gravidade da doença, desde pouco graves até situações em que os rins estão totalmente paralisados. Doenças como o diabetes e a hipertensão arterial, se não tratadas de maneira correta, podem levar à falência total do funcionamento renal, caracterizando as principais causas das doenças renais. Na falta de funcionamento correto dos rins há a necessidade de se fazer diálise. Na maioria das vezes o tratamento deve ser feito para o resto da vida, se não houver possibilidade de ser realizado um transplante renal. Neste sentido esta pesquisa buscou identificar a situação dos custos de tratamento de doentes renais crônicos em Santa Catarina, tendo como base o Hospital Governador Celso Ramos.

A crescente demanda de pacientes portadores de doenças renais e o alto custo da assistência justificam a busca de soluções que reduza a mortalidade e retarde a entrada de pacientes na TRS, diminuindo os custos do SUS.

Considerando que um paciente em tratamento, dialisando três vezes na semana custa, em média, para o Estado de Santa Catarina R\$ 2.341,36 (custo mensal) e um paciente incluído no Programa Saúde da Família tem um custo mensal de R\$ 17,43, conclui-se que o impacto das ações preventivas é positivo, pois investir na prevenção, através da intervenção do Estado com Políticas Públicas de Saúde, é decisivo não só para garantir a qualidade de vida da população como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna, que pode rastrear precocemente, doenças que afetam a saúde da população e oneram o Sistema Único de Saúde.

Comparando-se os custos com tratamento e os custos com a prevenção, recomenda-se ou propõe-se ao Hospital Governador Celso Ramos que sejam revistas as suas políticas de custeio para o tratamento dos pacientes renais crônicos, sendo que conforme a literatura abordada e os dados coletados ficou evidente que o trabalho realizado na prevenção é muito mais economicamente viável do que aquele realizado no tratamento de tais pacientes.

5.2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o Sistema Único de Saúde é responsável por executar ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos cidadãos brasileiros. A execução pode ser feita diretamente pelo gestor público ou por entidade contratada, desde que de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Os avanços tecnológicos em saúde, têm contribuído para reduzir a mortalidade e aumentar a sobrevida das pessoas. Porém, o alto custo e a ausência de avaliação dos resultados dos serviços prestados nessa área justificam a busca de soluções que possam otimizar os serviços existentes e elevar a qualidade da assistência prestada à população. Por outro lado, o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, dentro dos parâmetros éticos e legais exigidos, guarda relação com o respeito à vida, reduzindo o custo social, cujos reflexos são identificados a partir do atendimento prestado à população.

O tema aqui abordado, longe de estar esgotado, poderia sofrer outras investigações que venham a responder algumas questões ou dar continuidade à pesquisa.

Diante do exposto e com o intuito de aprofundar ainda mais a análise em torno da composição dos custos incorridos no tratamento de Doentes Renais Crônicos, faz-se necessário a realização de outros estudos, tais como:

- Reorganização da Atenção Básica, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim, uma melhor qualidade de vida;
- Auditorias mais eficazes, por parte da Equipe de Controle e Avaliação da Secretaria de Estado de Saúde, das internações desnecessárias ou evitáveis, que custaram ao SUS, mais de 1 bilhão de reais no ano de 2001;
- Manutenção de gastos permanentes com treinamento e atualização dos profissionais de saúde, voltados para atendimento mais dedicado à população.

Enfim, obstáculos e problemas há e sempre haverá. O balanço da situação do SUS indica progresso. O que pode ser dito, com certeza, é que nessa década o Sistema Público de Saúde está em melhores condições de executar suas políticas públicas e gerar bons resultados que nos anos anteriores.

6. REFERÊNCIAS

BNDES, **Programa de Crédito Produtivo Popular**. Disponível em <http://www.bndes.org.br>. Acesso em mar. 2004.

BRUYNE, Paul et al. **Dinâmica de pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

Constituição Federal, art. 165, 166, 167 – VIII, 194, 195-I a III, 196, 198- I a III

DIABETES, **Centro Internacional de Diabetes de Minneapolis**, EUA. Disponível em www.diabetes.org.br Acesso em out. 2004.

DIABETES, **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em www.diabetes.org.br Acesso em out. 2004.

GIAMBIAGI, Fábio. ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. Campus, Rio de Janeiro, 1999.

HIPERTENSÃO, **Recomendação para Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo: 2002. Disponível em www.saude.gov.br Acesso em out 2004.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do Saneamento** – as bases da Política de Saúde Pública no Brasil. Ed Hucitec Ampcs. São Paulo, 1998.

LEI Nº 8.080, **Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Ministério da Saúde, Brasília, 1990.

MENDES, E . V. – **Atenção Primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NEFROLOGIA, **Plano Estadual de Nefrologia**. . Disponível em em www.saude.gov.br Acesso em jan. 2005

NORMA Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – **NOB/96**, Ministério da Saúde, 1996

ORTIGA, Ângela Maria. **Financiamento em Saúde**. Florianópolis, Secretaria de Estado da Saúde, GEDUA, 1998.

ORTIGA, Ângela Maria. **Cartilha do SUS**. Florianópolis, Secretaria de Estado da Saúde, GEDUA, 2000.

PLANO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA. Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina: 2004.

REIS, Guilherme Lima. **Prévia do Plano de Nefrologia**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jany et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1987.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. Rio de Janeiro: UNESP, 1994.

SAMUELSON, Paul Anthony. **Fundamentos da Análise Econômica**. São Paulo: Nova Cultura, 1997, 382 p.

SAÚDE, **Secretaria de Estado da Saúde**. Disponível em www.saude.gov.br Acesso em jan. 2005.

SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Disponível em em www.saude.gov.br Acesso em jan. 2005.

SAÚDE do Recife, **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Caderno 3. mai 2003. p. 113-125.

SAÚDE do Brasil, **Revista da Saúde**, Caderno 9. ago 2002. p. 5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro de conceitos e condutas para diabetes mellitus: recomendações**. São Paulo, 1997.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. Coleção Pensamento Social e Saúde, vol. 3. ed. Cortez Abrasco, São Paulo: 1989

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRS, **Estudo Epidemiológico Brasileiro Sobre TRS**, Ministério da Saúde, Brasília: 2002.

ZAGURY, Leão. **Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para Diabetes Mellitus: Recomendações**: In: Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo, SBD, 1987.

GLOSSÁRIO

Afeções – termo geral que designa qualquer processo mórbido, independentemente de suas causas.

Diagnóstico – ato pelo qual o médico, agrupando os sintomas mórbidos apresentados por seu paciente, relaciona-os a uma doença que tem seu lugar no quadro nosológico.

Etiologia – estudo das causas das doenças.

Glomérulo – enovelamento vascular ou nervoso. Sede da filtração glomerular, que continua pelo tubo renal.

Hiperglicemia – exagero da quantidade de açúcar no sangue.

Insulina – procedimento destinado a obter o suco gástrico puro. Uma injeção de insulina desencadeia um hipoglicemia, que provoca uma secreção do suco que é cletado por entubação gástrica.

Morbidade – estado da doenças. Soma das doenças que afetaram um indivíduo ou um grupo de indivíduos em um dado período de tempo.

Metabolismo – nome dado ao conjunto das modificações químicas que ocorrem no organismo, destinadas a prover suas necessidades de energia, a formação e manutenção; e reparação dos tecidos, a certas substâncias. Este conjunto constitui o ato da nutrição.

Síndrome – reunião de um grupo de sintomas (ou de sinais) que se reproduzem ao mesmo tempo em um certo número de doença.

Nefrologia – estudo do rim e de suas doenças.

Patologia – parte da medicina que se dedica ao estudo das doenças.

ANEXOS