

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL: A
DOENÇA, SEU TRATAMENTO E CUSTOS**

DAIANA NARDINO

FLORIANÓPOLIS
2007/2

DAIANA NARDINO

**A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL: A
DOENÇA, SEU TRATAMENTO E CUSTOS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Tânia Regina Krüger.

**FLORIANÓPOLIS
2007**

DAIANA NARDINO

**A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL: A
DOENÇA, SEU TRATAMENTO E CUSTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel no curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Aprovado em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Prof^ª. Dra. Tânia Regina Krüger – UFSC

Membro: Prof. Dr. Helder Sarmiento Boska

Assistente Social do HU/UFSC Mariana Silveira Barcelos

Florianópolis, 20 fevereiro, 2008.

Dedico este trabalho ao meu marido Kleiton, te amo.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pela força e sabedoria para enfrentar os desafios da vida.

Aos meus pais Geraldo e Juri, pelo amor e carinho dedicado e embora distantes fisicamente, estão sempre presentes me dando apoio e incentivo. AMO VOCÊS.

Aos meus irmãos Catiana, Adriani e Simoni pelo carinho, amizade e companherismo que há entre nós.

Ao meu marido Kleiton, pelo carinho, respeito, compreensão e paciência dedicado, principalmente nessa fase acadêmica. TE AMO.

Aos meus sogros Silvio e Zenilda pelo carinho e amizade.

A minha orientadora professora Tânia pela dedicação e apoio demonstrado.

A Assistente Social Tayana pela amizade e por compartilhar seus conhecimentos profissionais.

As assistentes Sociais do HU Mariana, Cida, Ana Claudia, Graça, Orivalda, Viviane, Carmem e Francielle por direta ou indiretamente, contribuírem para minha formação profissional.

A toda equipe da UTD, principalmente a equipe de enfermagem (Ângela, Nina Adalzira) pelo acolhimento e conhecimento partilhado durante o período de estágio obrigatório.

Aos pacientes da UTD pelo exemplo de força de vontade frente às dificuldades impostas pela doença.

A Tatiana, Fernanda e Iara pela amizade e momentos de alegria compartilhados.

A Arion Godoy SES/SC e Dr. Humberto da APAR pelo tempo disponibilizado e pelo fornecimento de informações necessárias para a construção deste trabalho.

A Tia Rose pelo carisma e alegria contagiante.

As minhas amigas Michele, Adriana, Cristina, Priscila e Susane pelos momentos que compartilhamos durante a vida acadêmica. Que o tempo e a distância não acabe com nossa amizade.

Ao meu chefe Silvio e toda a equipe da WB pela amizade, e principalmente pela compreensão durante a fase acadêmica.

OBRIGADA A TODOS que colaboraram e contribuíram para a realização deste trabalho.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

Neste trabalho de conclusão de curso nos propomos evidenciar a doença renal no contexto das doenças da modernidade e do envelhecimento populacional que com o avanço científico e tecnológico e o grande processo de urbanização levou as importantes alterações no modo de vida da população, o que refletiu na saúde. Buscamos conhecer a Política Nacional do Portador de Doença Renal que define uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção e a ações de prevenção e tratamento da doença renal. Além disso, através de dados obtidos principalmente na Secretária de Estado da Saúde e na Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina - SC Transplantes - procuramos caracterizar a rede própria e contratada que presta serviços de diálise pelo SUS em Santa Catarina e identificar os gastos com os serviços de Terapia Renal Substitutiva no contexto do SUS.

Palavras chaves: Sistema Único de Saúde, Doença Renal e Terapia Renal Substitutiva.

LISTA DE SIGLAS

APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

CDH – Centro de Diabetes e Hipertensão

CIB - Comissão Intergestora Bipartide

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DPA – Diálise Peritoneal Automática

DPAC – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DPI – Diálise Peritoneal Intermitente

DRC – Doença Renal Crônica

FAV – Fistula Artério-Venosa

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundos Municipais de Saúde

GECOA - Gerência de Controle e Avaliação

GPSE – Gestão Plena do Sistema Estadual

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crônica

MAC – Média e Alta Complexidade

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SES/SC -Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Terapia Renal Substitutiva

UTD - Unidade de Tratamento Dialítico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Unidades que prestam serviços de TRS em Santa Catarina em 2007 por natureza do prestador, regional, nome do estabelecimento e classificação.....	39
Tabela 2 - Frequência e percentual de procedimentos por tipo de TRS em Santa Catarina no período de 2002 a 2006.....	41
Tabela 3 - Distribuição das máquinas de hemodiálise por regional de saúde e média/mês de pacientes atendidos em 2006.....	42
Tabela 4 - Unidades que prestam serviços de TRS em Santa Catarina em 2007 por natureza do prestador, município e gestão.....	44
Tabela 5 – Unidades que realizam transplante renal por natureza, regional e localização, 2007.....	47
Tabela 6 - Evolução de Transplantes Realizados entre 1999 a 2006.....	47
Tabela 7 – Lista de espera de receptores para transplante em SC	49
Tabela 8 - Valor dos procedimentos de transplante de rim.....	50
Tabela 9 - Valores dos Procedimentos Ambulatoriais – Jan/2004.....	50
Tabela 10 - Média mensal e valor anual que as unidades prestadoras de TRS receberam e número de pacientes atendidos, 2006	51
Tabela 11 - Valor e percentual por tipo de natureza e número de pacientes, 2006.....	50
Tabela 12 - Teto Financeiro do primeiro e segundo trimestre de 2007, valor/mês e pacientes/mês por unidade prestadora de serviços de TRS	53
Tabela 13 - Teto financeiro mensal de assistência ambulatorial e hospitalar, medicamentos excepcionais e terapia renal substitutiva do estado de Santa Catarina – Janeiro à Março de 2007.....	55

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. DOENÇA RENAL: CONTEXTO E POLÍTICA DE ATENÇÃO	15
A EMERGÊNCIA DO SUS E SUA IMPLEMENTAÇÃO NOS ANOS DE 1990 E 2000	15
1.2 A DOENÇA RENAL NO CONTEXTO DAS DOENÇAS DA MODERNIDADE E DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	22
1.3 DOENÇA RENAL: CARACTERIZAÇÃO E TRATAMENTO.....	26
1.4 - A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL	32
2. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL EM SANTA CATARINA	37
2.1 REDE DE SERVIÇOS DE TRS EM SANTA CATARINA.....	39
2.2 TRANSPLANTE EM SANTA CATARINA: CONTEXTO ATUAL.....	47
2.3 ANÁLISE DOS GASTOS COM OS PROCEDIMENTOS DE DIÁLISE.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

INTRODUÇÃO

A concepção abrangente de saúde assumida na Constituição Federal de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, foi um importante passo para uma mudança significativa no modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde da população brasileira. Além disso, assume um conceito mais abrangente de saúde e determina, conforme o artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado e, norteia-se pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade.

A estruturação da gestão dos serviços do SUS está dividida em atenção básica, atenção de média e alta complexidade. O nível da alta complexidade diz respeito a um conjunto de procedimentos que envolvem tecnologia de ponta e o alto custo, que objetiva propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando-os também aos níveis de atenção básica e média complexidade. Algumas das áreas que compõem a alta complexidade são: assistência ao paciente oncológico; cirurgia vascular e cardiovascular; procedimentos de neurocirurgia; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); **assistência ao paciente portador de doença renal crônica** (por meio dos procedimentos de diálise); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose e reprodução assistida.¹

Dentre as doenças que compõem o quadro de serviços da alta complexidade está a doença renal crônica, que constitui-se um importante problema médico e de saúde pública em ascendência na atualidade, “sendo considerada uma ‘epidemia’ de crescimento alarmante”. Isso se dá, principalmente, porque a presença da disfunção renal eleva o risco de morte prematura por doenças cardiovasculares em cerca de dez vezes se comparada à população normal. (SBN, et al 2007:03).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica - DRC são: diabetes, hipertensão arterial, envelhecimento e histórico da doença na família. Além disso, a presença de obesidade e tabagismo acelera o desenvolvimento da doença aumentando a sua progressão culminando com a necessidade de Terapia Renal Substitutiva – TRS.

¹ Ministério da Saúde: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topicos_det.php?co_topicos=380&letra=F. Acessado em 15/09/2007.

O SUS gasta cerca de 30% de todo o orçamento com procedimentos de alta complexidade, atendendo em média 3% dos usuários do sistema. Este assunto e seus indicadores/valores são alvos de muitas polêmicas entre os gestores, políticos e estudiosos do tema, mas ainda é bastante desconhecido pela população e até mesmo pelos profissionais da saúde.

Portanto, este Trabalho de Conclusão de Curso pretende conhecer a política e os serviços de TRS em Santa Catarina no contexto do SUS e dos serviços de alta complexidade. Para isso, pautou-se nos seguintes objetivos:

- Analisar a política e os serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS em Santa Catarina;
- Conhecer a Política Nacional e Estadual da Atenção ao Portador de Doença Renal;
- Problematizar a Doença Renal no contexto das doenças da modernidade e do envelhecimento populacional;
- Identificar as ações de prevenção e tratamento da doença renal;
- Identificar a rede própria e contratada que presta serviços de diálise pelo SUS em Santa Catarina;
- Verificar os gastos com serviços próprios e contratados dos procedimentos de TRS.

O interesse pelo tema surgiu quando da realização do estágio obrigatório no Hospital Universitário – HU da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, especificamente, na Unidade de Tratamento Dialítico – UTD junto a pacientes em TRS, no primeiro semestre de 2007. Inicialmente pensou-se em analisar o perfil e compreender a realidade dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica atendidos no HU. Porém como já existem várias bibliografias sobre o assunto² optou-se por mudar o foco do trabalho e analisar a política de

² TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lúcia H. Takase. **Problemas bio-psico-sociais dos pacientes de insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico prolongado, em Florianópolis**. Florianópolis, 1980. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde;
ROSA, Tânia Gomes da. **Conhecimento e análise do paciente portador de doença renal no Hospital Universitário – caracterização e reflexão**. Florianópolis, 1995. Trabalho de Conclusão de Curso -) - Universidade Federal de Santa Catarina – Centro Sócio econômico;
MACHADO, L. R. C. e CAR, M. R. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual**. Revista Esc Enfermagem USP, 2003. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/166.pdf>. Acessado em 18/10/2007.

atenção ao portador de doença renal, os custos do tratamento e a relação entre público e privado deste serviço levando-se em conta que não foi encontrado literatura sobre o tema.

Na elaboração deste trabalho buscou-se ir ao encontro do que foi estabelecido e proposto nos objetivos acima citados. Seu desenvolvimento pode ser caracterizado como descritivo-exploratório. Segundo Gil (1995), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, a cerca de um fato, já a explicativa tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência do fenômeno.

De acordo com Minayo (1994), é “a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”. Neste sentido, definimos a forma de nossa investigação como uma pesquisa qualitativa-quantitativa, com intuito de melhor elucidar os itens propostos nos objetivos supracitados.

A análise desenvolveu-se a partir de pesquisa bibliográfica pautada nas legislações que regem o SUS e a política de atenção ao doente renal e documental com base nos dados obtidos, principalmente, na Secretaria Estadual da Saúde – SES/SC.

Cabe registrar a dificuldade para obter dados e indicadores sobre os serviços de saúde destinados ao Doente Renal Crônico, visto que não há uma coordenação estadual de nefrologia. Este serviço está vinculado a Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da SES/SC e ao SC Transplantes. Foram realizadas inúmeras ligações telefônicas, e-mail e visitas na SES/SC, mais especificamente nos setores de Gerência de Controle e Avaliação – GECSA e Gerência de Programação de Serviço e Credenciamento, na SC Transplante e na Vigilância Sanitária. Isso sem contar com a falta de tempo de alguns profissionais dessas áreas para disponibilizar as informações.

Outra dificuldade encontrada foi entender a linguagem do sistema de informações do SUS e analisar as inúmeras planilhas com valores, teto financeiro, percentuais, estatísticos, visto que não temos nenhuma aproximação sobre esses temas durante a formação acadêmica. Além disso, inúmeros dados desconhecidos dificultaram o processo de análise do trabalho.

ANDRADE, A. de P. e OLIVEIRA, J.S. **Buscando compreender a realidade dos insuficientes renais crônicos**. Recife-PE, 2006.

Apesar destes desafios, entende-se que este trabalho se justifica para o Serviço Social, pois atualmente, exige-se um profissional competente, qualificado não somente na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais e públicas. De acordo com Yamamoto (1999:13), exige-se um profissional competente, capaz de ir além das rotinas institucionais e “buscar apreender o movimento da realidade, para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional, *desenvolve-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho*”.

Para isso, é preciso entender e conhecer a totalidade das políticas, decifrar a linguagem do financiamento, das demandas, a relação entre público privado, especialmente os contratos do SUS com clínicas e hospitais privados e filantrópicos, enfim conhecer todo o processo e, construir criticamente ações que visem a garantia de direitos coletivo, e, além disso, alargar a possibilidade de ampliação do espaço profissional especialmente nas áreas de planejamento, controle, avaliação e gestão.

A apresentação deste trabalho está dividida em 02 (duas) sessões. Na primeira sessão: *Doença Renal: contexto e Política de Atenção* tratou-se da emergência do SUS e sua implementação; a caracterização e o tratamento da doença renal, sua contextualização junto às doenças da modernidade e do envelhecimento e a caracterização da Política Nacional do Portador de Doença Renal.

A segunda sessão: *A Política de Assistência ao Portador de Doença Renal em Santa Catarina*, traz primeiramente as linhas gerais da Política Estadual de Nefrologia, a caracterização da rede de serviços de TRS em SC e dos serviços prestados; e dados sobre o transplante renal. Em seguida, é feita uma análise dos gastos com os procedimentos de diálise, alguns indicadores em relação aos gastos de Santa Catarina com Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e número de atendimentos. E por fim as considerações finais.

1. DOENÇA RENAL: CONTEXTO E POLÍTICA DE ATENÇÃO

A emergência do SUS e sua implementação nos anos de 1990 e 2000

Nos anos de 1970-80, período de transição para a redemocratização, o Brasil vivenciou amplos movimentos sociais em favor da construção de um Estado democrático e pela viabilização de um sistema público de saúde, ao mesmo tempo em que experimentava uma profunda e prolongada crise econômica. Neste período de redemocratização, surge o Movimento de Reforma Sanitária, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde e se aprova a Constituição de 1988.

O Sistema de saúde vigente até a promulgação da Constituição de 1988 garantia apenas o atendimento aos trabalhadores formais, com carteira assinada, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Outra categoria desse sistema era composta por aqueles que não eram trabalhadores assalariados, mas podiam pagar diretamente pelos serviços (médicos particulares) e por fim havia, também, os que não faziam parte destes grupos, ou seja, os pobres e excluídos do mercado de trabalho, para os quais restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários. Essa população não tinha assegurado nenhum direito de acesso aos serviços de saúde e a assistência que recebiam era, em sua maioria, serviços fragmentados, de emergência ou uma forma de caridade.

O Movimento Sanitário surgiu em meados da década de 70, como resultado de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular visando reverter esse perverso sistema de saúde existente. A preocupação central desses sujeitos coletivos era de assegurar a atuação do Estado em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, portanto, pela saúde. Segundo Bravo (2000:109), as principais propostas debatidas foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...] a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

No entanto, a maior expressão do Movimento Sanitário se deu com a VIII Conferência Nacional de Saúde³, apontando novas perspectivas para as políticas de saúde em 1988 e 1990 (Constituição Federal e Lei 8.080 e 8.142 respectivamente) que se constituíram no Sistema Único de Saúde.

O conceito de saúde que permeou o debate da Reforma Sanitária é definido não somente como ausência de doença, mas também como um conjunto de bens relacionado à qualidade de vida, “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso e serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida” (Escorel, 1989:182).

Nas palavras de Arouca (1987:36) o conceito de saúde é colocado quase como algo a ser atingido:

[...] é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, a vestimenta, à educação, e, até, a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo.

Dessa forma, a saúde passa a ter uma dimensão maior do que simplesmente uma questão de hospitais e medicamentos. Incorporasse a ela múltiplos aspectos que exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Sendo que, mesmo sob o contexto da ditadura militar a frase *saúde e democracia* ganha expressão perante o Movimento Sanitário. Segundo Arouca (1987:37), “passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse, neste País, um modelo político autoritário. Para romper o ciclo econômico [...] um passo preliminar era a conquista da democracia”.

³ A Conferência aconteceu em março de 1986, em Brasília, e foi considerada um dos eventos político-sanitários mais importante devido seu caráter democrático – contou com a presença de milhares de delegados, representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis de governo, universidade, etc – além de trazer para o debate da saúde a sociedade. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo permitindo a formação de um projeto de Reforma Sanitária com base em um conceito mais abrangente de saúde; saúde como um direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. (BRAVO, 2000:109)

Em 1988, o processo constituinte e a promulgação da Constituição trouxeram avanços na conquista dos direitos sociais em nosso país frente aos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços formais que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente. Após vários acordos políticos e pressão popular, o texto constitucional, com relação à saúde, atende grande parte das reivindicações do Movimento Sanitário que passa a integrar juntamente com a Previdência e a Assistência Social, o Sistema Brasileiro de Seguridade Social.

Conforme definido no art.196 a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. (BRASIL 1988), deixando clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Os itens da Constituição de 1988 referentes à saúde somente foram regulamentados em 1990 através das Leis 8.080 e 8142⁴. Estas leis, baseadas nos preceitos constitucionais, definem os princípios doutrinários e organizativos que norteiam a construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os primeiros dizem respeito à *universalidade* - a saúde como direito de cidadania e dever dos governos Municipais, Estaduais e Federais, rompendo com a desigualdade histórica, já mencionada; à *equidade* - todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades, levando-se em conta as diferenças de cada região, o diferente modo de viver, etc; à *integralidade* - as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. (Almeida et al, 1995:35).

Os princípios organizativos dizem respeito à *regionalização e hierarquização* - permite maior conhecimento dos problemas de saúde da população favorecendo as ações e serviços preventivos e curativos para cada caso em todos os níveis de complexidade; à *descentralização* – a gestão do SUS passa a ser responsabilidade da União, dos estados e municípios. Prevê a redistribuição de recursos e responsabilidades entre os vários níveis de governo cabendo aos municípios a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde; à *participação da comunidade* – assegura o direito de participação da população no

⁴ Lei 8.080/90 dispõe sobre as circunstâncias que promovem, protegem e recuperam a saúde, sobre a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências;

Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

processo de formulação das políticas de saúde, e do controle e execução em todos os níveis, através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, previsto nos três níveis de governo; a *complementaridade do setor privado* – dar-se-á quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, devendo dar preferência às entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos, conforme definido no artigo 199 da Constituição Federal de 1988. (ALMEIDA et al, 1995:37).

O artigo 197 também abre espaço para a iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

A Constituição determina, ainda, que a participação de instituições privadas no Sistema Único de Saúde deve seguir as diretrizes deste, e ser mediada por contratos de direito público ou convênios.

No processo de Reforma Sanitária as reivindicações eram para que o sistema de saúde fosse inteiramente público, bandeiras de estatização do sistema também foram levantadas, mas a correlação de forças na constituinte fez com que o setor privado aparecesse como complementar ao público, ou seja, abriu-se a possibilidade legal do setor filantrópico e privado fazer contratos para prestação de serviços através do SUS. Assim, as evidências indicam que os recursos públicos da saúde ajudam a sustentar substancialmente uma rede filantrópica e privada de serviços de saúde.

Pela fragilidade do setor público no Brasil, de realmente garantir serviços públicos de qualidade que atendam de fato as necessidades coletivas da população, a atenção à saúde é realizada através da combinação de dois sistemas: o público, de acesso universal e o privado, denominado de sistema de assistência suplementar. (Silva, 2005:143).

O sistema público envolve prestadores públicos e privados, sendo que grande parte dos prestadores privados atendem, ao mesmo tempo, ao sistema público e o suplementar e ainda, podem ser remunerados por desembolso direto dos pacientes. De acordo com Silva (2005:143):

Para 76% da população o atendimento é realizado exclusivamente pelo sistema público, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo também utiliza a rede pública, particularmente para procedimentos mais complexos e de maior custo. A contratação de serviços ao setor privado, e o pagamento direto dos prestadores e responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais, conforme o grau de autonomia que obtêm ao habilitarem-se às diferentes condições de gestão descentralizada do sistema.

Nos anos 1990, verifica-se um desmonte dos avanços preconizados pela Constituição de 1988. Assistiu-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. Segundo Silva (2005:96), a opção neoliberal torna-se hegemônica e “procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais, a regulação se fará pelo mercado capitalista”.

A tendência da política de ajuste é a contenção de gastos com racionalização da oferta e a descentralização, diminuindo, dessa forma, a responsabilidade do Estado.

Nesse sentido, a conjuntura econômico-política passou a ser de fragilização do papel do Estado, diminuição do seu papel redistributivo, privatização e focalização das políticas para grupos carentes e excluídos, ocasionando uma redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

O Estado deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo para o setor privado funções que, de acordo com a Constituição de 1988, seriam de sua responsabilidade. A saúde fica vinculada ao mercado, ganham ênfase as parcerias com a sociedade civil, que é chamada a assumir os custos da crise. Nesse sentido, Viana e Bahia (2002:2) salientam que:

A tendência contemporânea de fortalecimento da esfera do mercado, classes sociais, diversificação da demanda em saúde, além do impacto do próprio processo de reforma do setor, induziram uma reorientação das funções e responsabilidades do Estado, do setor privado e dos usuários. O Estado passou a ter novas atribuições, como as de regulação, controle e avaliação e ampliou-se a participação do mercado e da família na produção, no gasto e no financiamento do sistema da saúde. Essas mudanças compõem uma (re) institucionalização da relação público-privado.

Dessa forma, a proposta da política de saúde construída na década de 80 vem sendo desconstruída. De acordo com Bravo (2006:14), outras questões que comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social é o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela desunificação dos orçamentos federal, estaduais e

municipais; o distanciamento do princípio da integralidade que prioriza a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Além disso, constata que, em comparação com parâmetros internacionais, o Brasil além de gastar mal, gasta pouco em saúde.

Uma das restrições mais evidente feita ao longo da década de 1990 foi a questão financeira, que vem reduzindo os gastos *per capita* em saúde no Brasil, permanecendo inclusive, em patamares abaixo de países latino-americanos mais pobres que o nosso.

Abandonou-se por completo a concepção – prevista na Constituição de 1988 – da Seguridade Social, que preconizava um orçamento único e com diversidade de fontes de financiamento para os seus componentes de saúde, assistência e previdência social. Ao restringir o financiamento do setor saúde apenas aos recursos fiscais, ele ficou a mercê da política de ajuste fiscal cada dia mais restritiva, lançando mão de fontes que, como a CPMF, são consideradas de caráter contingencial e sequer vêm sendo integralmente destinadas ao setor. (NORONHA e SOARES, 2001:448).

De acordo com Spigolon (2005)⁵, representante do setor privado e contratualizado pelo SUS, é incontestável o subfinanciamento das ações curativas básicas e de média complexidade praticadas pelo SUS. “A maioria das unidades ambulatoriais e hospitais convive com uma crise financeira sem precedentes”.

O aumento de custos na saúde parece não encontrar limites em função do desenvolvimento tecnológico que pouco está se pautando por princípios públicos e coletivos. A todo instante as indústrias de equipamentos médicos, hospitalares e de medicamentos lançam novos produtos no mercado prometendo melhores resultados. Isso vem acompanhado de uma propaganda publicitária que seduzem profissionais e coloca em expectativa de cura pacientes e familiares que estão sofrendo por algum tipo de doença

Referente ao desenvolvimento tecnológico, Carvalho (2005) acrescenta que a lógica do capital introduziu novos equipamentos, com vida útil cada vez menor e mais dependente de novos *especialista*, não descartando os antigos recursos tecnológicos, por exemplo, convivem simultaneamente, no campo da imagem, as máquinas de RX, ultra-som, tomografia, ressonância magnética e outros. “Cada vez mais caros e onerando abusivamente o usuário”.

⁵ Simpósio sobre política nacional de saúde: **Sus – O Presente e o futuro**: A avaliação do seu processo de construção. Realização: Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Brasília (DF), junho de 2005.

A persistência da situação de sub-financiamento setorial torna-se ainda mais crítica quando associada ao aumento dos custos de saúde, observado como fenômeno mundial. Tal fato é atribuído, principalmente, ao aumento da expectativa de vida e ao desenvolvimento tecnológico do setor, o que teria ampliado o quantitativo e a complexidade de tratamentos para as diferentes patologias “. (CONASS, 2004:4)”.

Analisando a conjuntura dos anos de 1990 na área da saúde, Bravo (2006:14), avalia que passaram a conviver em tensão, dois projetos: o de reforma sanitária construído na década de 1980 e inscrito na Constituição de 1988 e o da saúde articulada ao mercado, que prevalece na segunda metade da década de 1990.

O Projeto da Reforma Sanitária foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde articulados ao movimento popular, cuja preocupação central é assegurar que o Estado assumira responsabilidades pelas políticas sociais e de saúde. Já o projeto de saúde articulado ao mercado está pautado na Política de Ajuste tendo como principais tendências à contenção dos gastos através da racionalização da oferta e a descentralização com a desresponsabilização do poder central.

A articulação do projeto saúde ao mercado, já prevista nos artigos 197 e 199 da Constituição de 1988 e a nova atualização do modelo assistencial privatista, pautada na Política de Ajuste, visa à contenção de gastos através da racionalização da oferta, cabendo ao Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. De acordo com Canton e Neves (2006:159) “O Estado fracassa não apenas na administração dos recursos, mas também na falta de controle de qualidade no atendimento, ou seja, enquanto a saúde pública entra em colapso, a medicina privada vai ocupando o lugar que deveria caber ao Estado”.

Esse projeto cria um sistema privado forte e com pouca regulação pelo Estado: o da atenção médica supletiva, que tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais contidas no projeto da Reforma Sanitária, fundamento central do SUS. De acordo com Noronha e Soares (2001:450)

É crescente a cisão entre uma assistência para ricos e remediados financiados privativamente (e subsidiados pelo setor público por políticas de renúncia fiscal) por planos e seguros de saúde e uma assistência aos pobres financiada por recursos fiscais administrada dentro da lógica do SUS. A fragilidade da capacidade de regulação dos agentes formuladores da política do SUS – Ministério da saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – pela localização desta regulação em

uma agência federal independente, a Agência Nacional de Saúde Suplementar aduba o terreno para que esta cisão prospere.

É nesse contexto, que se deu o processo de implantação do SUS, sem o comprometimento por parte do governo com as reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária e com as diretrizes e princípios contidos no texto constitucional.

No entanto, embora haja uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a concretização do sistema público de saúde vigente, não podemos esquecer que o acesso aos serviços e ações de saúde ampliou-se muito quando comparado à década de setenta e apesar dos inúmeros problemas enfrentado essa é uma política social que não pode ser abandonada.

Nos próximos itens serão levantadas considerações sobre a Doença Renal relacionando-a com as doenças da modernidade e do envelhecimento populacional, os serviços de Terapia Renal Substitutiva e a Política Nacional do Portador de Doença Renal no contexto do SUS, visto que esse é o objeto de estudo desse trabalho.

1.2 A Doença Renal no contexto das doenças da modernidade e do envelhecimento populacional

Até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade. A partir desse período, com a incorporação das políticas de saúde pública, dos avanços da medicina, o País experimentou uma primeira fase de sua transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade. (IBGE, 2006:35).

A partir de meados da década de 1960 evidencia-se o início do declínio das taxas de natalidade devido à introdução e difusão dos métodos anticoncepcionais orais no Brasil. Na década de 1970, os níveis gerais, tanto da mortalidade quanto da fecundidade encontravam-se em franco processo de declínio. No entanto, nos anos de 1980 e 1990 com a propagação da esterilização feminina no país intensificou-se a diminuição da taxa de natalidade, o que contribuiu para a continuidade da quedas das taxas de crescimento da população.

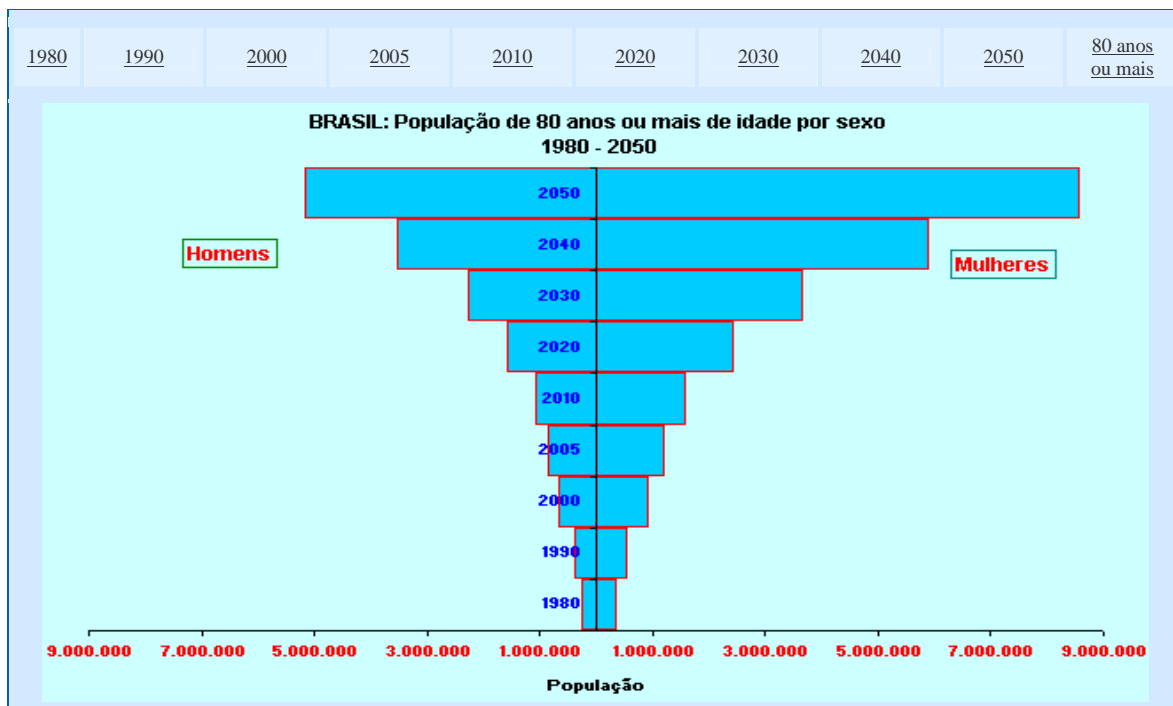
Com a redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil evidenciou-se alterações na composição etária da população, percebida, sobretudo, a partir de meados da década de 1980.

Os resultados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000 mostram claramente que, em razão do continuado processo de transição para baixos níveis de mortalidade e de fecundidade, a população do Brasil caminha a passos largos rumo a um padrão demográfico com predominância de população adulta e idosa. (IBGE, 2006:35).

A expectativa média de vida atualmente é de 71,3 anos e, estima-se que, deve passar para 76 em 2024 e, 81 anos em 2050 (IBGE, 2007). Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população.

Diante disso, nota-se que a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, alterando sua estrutura etária e dessa forma, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional, conforme ilustra o gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Projeção da População do Brasil: 1980-2050



Fonte: IBGE

Além do aumento da expectativa de vida, produto do avanço científico e tecnológico e melhoria sanitária houve também, um grande processo de urbanização, que levou a importantes alterações no modo de vida da população, que refletiu na saúde. “Assim como no século XX as doenças infecto-contagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas”. (Quadrante, 2007).

Segundo Quadrante (2007), o termo doença crônica é usado para designar patologias que são persistentes, acompanham o paciente por longo período de tempo e necessitam de cuidados permanentes, como por exemplo, a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e renais, osteoartrose e câncer.

Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, mudando os indicadores de morbimortalidade. A incidência de doenças crônicas eleva-se com a idade. De acordo com, Kusumota et al, (2004):

as alterações inerentes ao processo de envelhecimento não significam doença, mas a probabilidade de seu aparecimento aumenta com a idade, uma vez que o envelhecimento torna as pessoas mais vulneráveis aos processos patológicos, caracterizando a senilidade.

Ramos et al (1987) por sua vez afirmam que:

A problemática decorrente do envelhecimento, no que diz respeito à saúde, tende a ser a mesma que se verifica nos países desenvolvidos (doenças crônicas requerendo cuidados continuados e custosos), agravada pelo fato de persistirem enquanto prioridades problemas como desnutrição e doenças infecciosas.

Isto é fato na realidade brasileira, pois convivemos com as chamadas doenças da modernidade, especialmente as cardiovasculares figuram como a primeira causa de morte na maioria das cidades, ao mesmo tempo que as *doenças antigas*, também chamadas de doenças negligenciadas, pouco foram reduzidas dos indicadores epidemiológicos. O quadro de desigualdade sócio-econômico do Brasil faz com que nossa população tenha entre as causas de morbimortalidade três situações distintas e paralelas: doenças da pobreza (*doenças antigas* e negligenciadas – tuberculose, chagas, entre outras); doenças crônico degenerativas (doenças da modernidade) e traumas e mortes causadas pela vida social (acidentes, homicídios, violência social).

Algumas dessas doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e insuficiência cardíaca, predispõe à Doença Renal. Além disso, as alterações anatômicas e fisiológicas nos rins decorrentes do processo de envelhecimento constituem um agravante aumentando a suscetibilidade da disfunção renal com o passar dos anos. (Kusumota et al, 2004).

Diferentes patologias presentes nas sociedades modernas são capazes de causar Insuficiência Renal Crônica (IRC) e a sua incidência se manifesta com características epidemiológicas distintas em diferentes partes do mundo, variando entre 90 a 200 casos novos/milhão de habitantes/ano. Nas sociedades ocidentais, as causas mais comuns de IRC são a hipertensão arterial, o diabetes e as glomerulonefrites, embora outras causas como infecções, nefrotoxicidade e acidentes peçonhentos sejam importantes causas de IRC, sobretudo nos países subdesenvolvidos. A Sociedade Brasileira de Nefrologia, em inquérito realizado no período de 1996/97, estimou que as principais doenças reportadas como causa de IRC terminal são hipertensão arterial (24%), glomerulonefrite⁶ (24%) e diabetes mellitus (17%).

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN - indicam que a hipertensão e a diabetes são responsáveis por cerca de metade dos pacientes em tratamento dialítico.

Além do envelhecimento da população, o número de hipertensos e de diabéticos sem diagnóstico e sem tratamento adequado é muito alto em nosso meio, e há um grande potencial de que nos próximos anos essas enfermidades sejam cada vez mais os fatores causais de Insuficiência Renal Terminal ampliando, enormemente, o número de pacientes que necessitarão de Tratamento de Substituição Renal. (SBN, et al, 2007)

Ainda, segundo dados da SBN, et al (2007), “estima-se que pelo menos 25% da população brasileira tenha hipertensão arterial, ou seja, cerca de 26 milhões de indivíduos”. Destes, não mais de 15% teriam a pressão arterial devidamente controlada, os demais (85%) tem grande possibilidade para evoluir com algum grau de insuficiência renal. “Dentre os diabéticos (cerca de 7 milhões) 30% teriam potencial para progredir para insuficiência renal.

Segundo Sesso, (2007:03) “cerca de 26% dos pacientes em diálise tem mais de 60 anos e essa proporção tende a aumentar devido ao aumento progressivo verificado na esperança de vida da população. No entanto a Doença Renal não acomete somente idosos, mas também, muitos indivíduos ainda em idade produtiva.

⁶ A glomerulonefrite é a destruição lenta e progressiva dos glomérulos renais com uma perda gradual da função do órgão causado por inflamações. Disponível em: www.biobras.com.br, acessado em 17/09/2007.

Isso traz a necessidade de implementação de políticas voltadas para o aumento de sobrevivência desses pacientes e de sua qualidade, além da melhoria da qualidade dos serviços prestados e dos programas de controle do diabetes e hipertensão através da capacitação dos profissionais na atenção básica para a prevenção e detecção precoce dessas doenças, ou seja, garantir assistência aos já doentes e ofertar e estimular práticas de prevenção primária, diagnóstico precoce e promoção da saúde.

Cabe ainda, criar e divulgar políticas e campanhas que atinjam também as pessoas ainda não doentes, com intuito de alertá-las sobre os fatores de risco objetivando mudanças no estilo de vida e com isso reduzir e/ou evitar a incidência de doença que possam levar a Insuficiência Renal.

Segundo especialistas, a prevenção da Doença Renal Crônica consiste em melhorar o atendimento aos doentes com diabetes, tratando adequadamente a doença, o que retarda o aparecimento da insuficiência renal. Também é preciso diagnosticar os casos de hipertensão arterial desconhecidos e usar as medicações próprias para a doença evitando o surgimento do problema nos rins. Essas iniciativas são mais baratas do que o tratamento da insuficiência renal. “Tanto o diabetes como a hipertensão arterial se prevenidos precocemente, tratados corretamente e acompanhados por uma equipe multidisciplinar dificilmente evoluirão com complicações tão sérias.” (SBN, et al, 2007).

1.3 Doença Renal: caracterização e tratamento

Os rins são dois órgãos localizados na parte de trás do abdômen, responsáveis por quatro funções no organismo:

- Eliminar toxinas do sangue por um sistema de filtração;
- Regular a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos;
- Regular a pressão sanguínea e
- Controlar o balanço químico e de líquidos de nosso corpo.⁷

A Insuficiência Renal é a perda das funções dos rins e pode ser aguda ou crônica:

⁷ Disponível em: www.sbn.org.br. Acessado em 17/09/2007

Insuficiência Renal Aguda – IRA - é a perda rápida e temporária da função dos rins, podendo ser reversível. Em muitas ocasiões o paciente precisa ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar.

Insuficiência Renal Crônica – IRC - é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que retardam os sinais de falência renal aparecendo somente em estágios avançados da doença. Nessa fase já avançada os rins já não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente sendo necessário um tratamento contínuo para substituir a função renal.

Quando a Insuficiência Renal Crônica instala-se as duas principais alternativas de tratamento baseiam-se na diálise ou no transplante, sendo a primeira o procedimento mais utilizado, apesar de a segunda ser a mais recomendada, por oferecer melhor qualidade de vida ao paciente, uma possível redução do risco de mortalidade, e por apresentar menor custo a longo prazo.

Os procedimentos indicados para a terapia renal substitutiva na modalidade diálise são:

Hemodiálise - também conhecida como *rim artificial*, promove a retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais do organismo através da passagem do sangue por um filtro, é, geralmente, realizada três vezes por semana, em sessões com duração média de três a quatro horas, com o auxílio de uma máquina, em unidades de saúde especializadas neste tratamento. Para que o sangue passe pela máquina, é necessário a colocação de um cateter ou a confecção da Fístula Artério-Venosa – FAV. A FAV é feita por um cirurgião vascular, unindo uma veia e uma artéria superficial do braço. Segundo dados do Censo realizado pela SBN em 2006 essa modalidade responde por 90,7% dos procedimentos de TRS realizados no país, conforme ilustra o gráfico 2, a seguir.

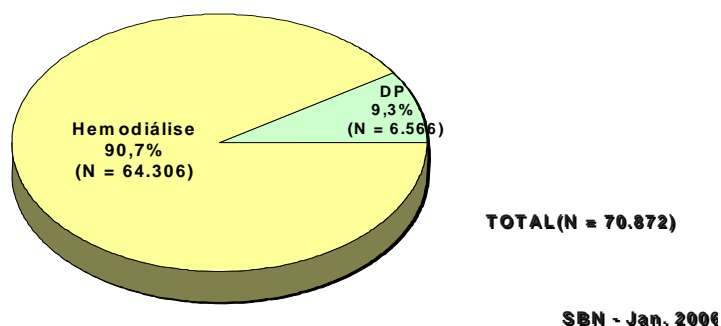
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD – baseia-se na infusão e drenagem do banho de diálise na cavidade abdominal através da chamada membrana peritoneal. “O banho vem armazenado em bolsas de material plástico flexível, que têm um sistema para conexão ao cateter abdominal. Após ser infundido, o líquido permanece por algumas horas dentro do abdômen do paciente, para então ser drenado. Depois da drenagem, é feita nova infusão, e assim sucessivamente”. (SBN, 2007) Após um período de treinamento e adaptação na unidade de saúde, esse procedimento é realizado no domicílio do paciente com trocas feitas pelo próprio paciente ou cuidador. Geralmente são feitas de 3 a 6 trocas de líquido ao longo

do dia, sendo que no intervalo entre as trocas, o paciente pode realizar as suas atividades diárias normalmente.

Diálise Peritoneal Automática – DPA - funciona de forma semelhante à CAPD, porém as trocas são realizadas durante a noite, enquanto o paciente está dormindo. As trocas são feitas de forma automática, com o auxílio de uma máquina conhecida como cicladora. A máquina é fornecida por uma empresa conveniada à Secretaria Estadual de Saúde e fica consignada ao paciente, sendo o valor do procedimento pago pelo SUS.

Diálise Peritoneal Intermitente – DPI - Realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes em diálise no Brasil de acordo com o tipo de diálise, Censo SBN 2006.



Fonte: <http://www.sbn.org.br/>. Acessado 20/11/2007.

Conforme dados da SBN, estima-se que em 2006 o número de pacientes em diálise era de 70.872. Destes, 90,7% tem recebido tratamento por meio de hemodiálise e 9,3% recebem diálise peritoneal.

O paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos. A escolha e indicação do método são feitas pelo médico em conjunto com o paciente e sua família, levando em conta o estado de saúde, o estilo de vida e respeitando as contra indicações.

As primeiras hemodiálises foram realizadas com a finalidade terapêutica para a Insuficiência Renal Aguda – IRA, na década de 1940. Somente em 1962, início de 1963, tanto

a hemodiálise como a diálise peritoneal foram utilizadas como modalidade terapêutica para a Insuficiência Renal Crônica – IRC. Com a descoberta de imunossupressores e, recentemente a utilização de eritropoetina recombinante, possibilitaram a confecção da fístula artério-venosa, proporcionando maior sobrevida aos doentes. (Machado e Car, 2003:28).

Outra forma de tratamento é a realização de transplante. Segundo Coelho (1998), o transplante é a solução mais econômica, permite uma boa sobrevida e melhor qualidade de vida do que a diálise. Apesar disso, hoje, em cada cem pacientes renais que recebem tratamento apenas seis são encaminhados para o transplante, sendo que, segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia, sob o ponto de vista médico, cerca de sessenta desses pacientes estão aptos para realizar a cirurgia.

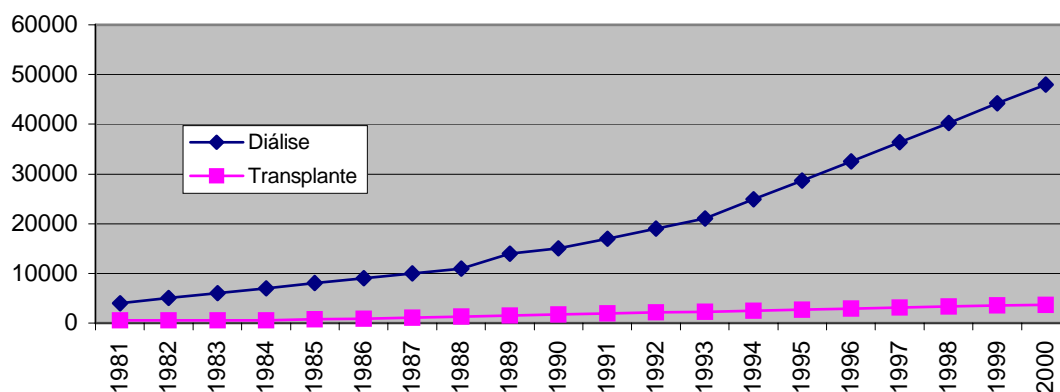
Apesar das várias políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais no sentido de incentivar a atividade transplantadora, a distribuição atual ainda é inadequada se comparada com a distribuição ideal.

Coelho (1998), defende que se fosse modificada a repartição dos recursos públicos atualmente destinados ao tratamento da insuficiência renal, poder-se-ia não somente garantir tratamento para um maior número de doentes, mas também, permiti-lhes melhor qualidade de vida.

O perfil da distribuição de recursos entre transplante e a diálise é, no entanto, cada vez mais desfavorável ao primeiro. Em 1976, quando as duas técnicas ainda eram experimentais, o número de pessoas tratadas por transplante e diálise eram semelhantes. Já em 1986 foram oferecidos 820 transplantes e 9 mil tratamentos dialíticos, e em 1995 realizaram-se 1.700 transplantes, ao passo que mais de 25 mil pessoas receberam tratamento dialítico. (Coelho, 1998:2)

Apesar de ter ocorrido um crescimento considerável da atividade transplantadora, proporcionalmente ela cresceu menos do que a atividade dialítica nas últimas duas décadas como pode-se observar no gráfico a seguir.

Gráfico 3 - Evolução do número de transplantes e de procedimentos dialíticos realizados no Brasil



Fonte: Coelho, [2005?]

O crescimento acentuado da atividade dialítica, quando comparado com o transplante, é explicado como decorrente tanto da atuação dos interesses do setor privado, quanto da falta de recursos – financeiros, hospitalares e de órgãos – para viabilizar o transplante.

De acordo com Coelho (1998) a forte demanda dos doentes renais crônicos por tratamento e pelas características da diálise (procedimento relativamente simples e probabilidade dos equipamentos), a partir de meados da década de 1970, o tratamento dialítico começou ganhar espaço, com o credenciamento de unidades de hemodiálise pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - que a partir de então se espalharam por todo o país. O fato do INAMPS estar mais preparado para lidar com pequenas unidades privadas prestadoras de serviço, do que planejar uma política de saúde custo-efetividade foi outro fator que contribuiu para reforçar a opção da diálise.

Ao permitir esse rápido crescimento, o INAMPS despertou uma massa de interesses – a atraente remuneração paga pelos procedimentos dialíticos garantiu o interesse dos prestadores de serviços em expandir a oferta - que, desde o início da década de 1980, tem se conseguido preservar os níveis de remuneração da atividade, e com isso garantir sua contínua expansão.

Outro fator importante a ser notado, segundo Coelho, (1998) é que quando o SUDS e o SUS procuraram rever a política de saúde e a estrutura de incentivos que garantia ao setor

privado à diálise, esbarraram em um aparato institucional, que ao organizar o financiamento do sistema, protegia de forma praticamente automática esses interesses, criando uma inércia difícil de ser vencida.

A política federal de incentivo ao transplante esbarrou em regras que definiam montantes fixos a serem destinados para compra de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e a forma de pagamento desses serviços, descentralizada no caso dos procedimentos ambulatoriais e centralizadas no caso dos hospitalares. Essas regras representaram um obstáculo concreto e quase intransponível a qualquer projeto de desenvolvimento integrado de tratamento da insuficiência renal terminal crônica. (Coelho, 1998)

A autora ainda ressalta a dificuldade de se levar adiante um projeto de integração interinstitucional entre os diversos prestadores de serviços e entre eles e o setor público. Esse projeto perdeu muita de sua força devido à fragilidade vivida pelas instituições estaduais responsáveis pela política de saúde e, sobretudo pelos interesses econômicos que cercam os serviços de TRS.

Um sistema integrado de tratamento depende tanto da integração entre os prestadores como de um orçamento único a partir do qual se possam incentivar as mudanças desejadas na distribuição de recursos entre transplante e diálise. [...] um orçamento integrado é até hoje algo impensável dentro do atual sistema de financiamento da saúde pública no Brasil. Esse sistema não contava, como até hoje não conta, com mecanismos simples de realocação de recursos de um procedimento ambulatorial para um procedimento hospitalar, não oferecendo, portanto, incentivos para que os atores envolvidos no processo buscassem otimizar a distribuição de recursos entre transplante e diálise.

Atualmente, outro fator que tem sido motivo de preocupação por parte dos órgãos governamentais é o elevado custo para manter pacientes em Terapia Renal Substitutiva – TRS. O Estado subsidia 95% desse tratamento, os outros “5% fazem o tratamento utilizando medicinas de grupo e/ou seguros de saúde particular” (Sesso, 2007:07).

Segundo dados do IBGE (2008) em 2003, quase um quarto da população brasileira (24,6%) era coberta por algum plano de saúde. No entanto, quando se trata de procedimentos de alta complexidade grande parte são cobertos pelo SUS, visto que são muitas as exclusões e negativas de cobertura por parte das operadoras de planos de saúde.

Além disso, de acordo com a CPI realizada em 2003 para investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de plano de saúde, no ano de 2002 as empresas de saúde suplementar faturaram uma quantia superior a R\$ 23 bilhões, enquanto:

o SUS recebeu do Orçamento Geral da União aproximadamente o mesmo valor de recursos para prestar assistência a um número 4 vezes maior de usuário. Isso sem contar que diversas ações do sistema público são dirigidas a toda a população, como as vigilâncias sanitária e epidemiológica [...] e que muitas ações de alto custo são prestadas a portadores de cobertura do sistema suplementar. (Brasília, 2003)

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia indica que atualmente, no Brasil mais de 70.000 pacientes são dependentes, seja, de procedimentos de diálise ou transplante renal, com gasto anual de cerca de 2,0 bilhões de reais. “Com base no grande número de grupos de risco, a previsão é que esse número possa duplicar nos próximos 5 anos, ultrapassando os 125 mil casos em 2010”. (SBN, 2007:03).

Diante disso tudo espera-se, nos próximos anos, um crescimento explosivo nas despesas do SUS “comprometendo outros importantes programas de saúde do governo ou aumentando o número de pacientes fora do sistema” (SBN, SOBEN, ABCDT, et al, 2007:17)

Em resumo, a análise aqui empreendida aponta que há um grande número de pessoas dependentes de TRS ou transplante. No entanto, a diálise cresceu mais do que o transplante nos últimos vinte anos e o jogo de interesse e a falta de definição de um orçamento que priorize as necessidades coletivas e integre os recursos públicos destinados ao transplante e a diálise tem dificultado a implantação de um sistema de integração ao doente renal crônico no Brasil.

1.4 - A Política de Atenção ao Portador de Doença Renal

No Brasil, é elevado o número de pacientes em diálise. Segundo Sesso (2007:3):

Estima-se que em janeiro de 2006 o número de pacientes em diálise fosse 70.872, que adicionada à estimativa dos pacientes com enxerto renal funcionante, fornecia uma prevalência global de pacientes em TRS de 491 pacientes/pmp⁸. [...] É ainda importante destacar que 26% dos pacientes em diálise tem mais de 60 anos de idade, e que, essa proporção tende a aumentar com o aumento progressivo verificado na esperança de vida da população.

Ainda segundo Sesso (2007), no Brasil, as taxas de prevalências de Insuficiência Renal Crônica Terminal – IRCT tratada é cerca de quatro vezes menor que a dos EUA e Japão, e metade das taxas da Itália, França e Alemanha. Essa diferença, quando comparada aos índices

⁸ Por milhão da população (pmp)

internacionais, são justificados em parte pela menor taxa de diagnóstico de IRC e a menor disponibilidade de tratamento dialítico em nosso meio. No entanto, um outro fator não menos importante é a “menor sobrevida de nossos pacientes diabéticos e hipertensos que morrem mais precocemente de outras causas, impedindo que atinjam IRC em estágio terminal”.

Esses fatores revelam a importância de se ter uma política de atenção voltada aos pacientes portadores de doenças crônicas (principalmente hipertensão e diabetes).

A Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal é recente no Brasil, foi instituída pela portaria nº 1168/GM em 15 de junho de 2004, revela a disposição política do Ministério da Saúde em mudar o modelo existente, baseado em procedimentos, centrado no Alto Custo e caracterizado, na gestão pública pela falta de integração entre os níveis de atenção. Define uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Uma das estratégias é a inversão do modelo de atenção ao paciente portador de Doença Renal crônica da média e alta complexidade para a atenção básica. (Brasil, 2004)

Isso porque, na realidade, há uma deficiência das ações assistenciais, medidas de promoção e prevenção à saúde (atenção básica) propiciando a entrada dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva – TRS pela porta da urgência, emergência.

Além disso, de acordo com o diagnóstico sobre a situação da doença renal no país, realizado pela FARBRA – Federação das Associações de Renais e Transplante do Brasil – em 2003, a política nacional do portador de doença renal crônica se justifica pela dimensão do problema evidenciada, principalmente, pelas condições de: prevalência elevada das patologias que levam a Doença Renal (principalmente a hipertensão e a diabetes); possibilidade de intervenção na história natural da doença renal através da melhoria da atenção à saúde em todos os níveis de atenção; gastos cada vez mais elevados com o tratamento das doenças renais.

Soma-se a isso ainda, a escassez de estudos mais aprofundados sobre a situação epidemiológica da Doença Renal no Brasil; os múltiplos interesses econômicos, dos prestadores, dos fabricantes de equipamentos de máquinas e insumos, dentre outros, envolvidos na oferta dos serviços especializados ao atendimento das doenças renais. (Brasil, 2004).

As doenças crônicas diabetes e hipertensão são as principais causas de Doença Renal crônica, com necessidade de Terapia Renal Substitutiva - TRS.

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informação do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial – Hiperdia, que vem sendo implementado desde 2002. “Esse sistema já cadastrou até abril de 2005, 863.964 indivíduos portadores de Diabetes e 3.172,116 portadores de Hipertensão, sendo que destes, 741.072 desses também são portadores de diabetes”.(Brasil, 2005:54).

Diante disso, a Política Nacional da Atenção ao Portador de Doença Renal traz a necessidade da construção de um modelo de atenção integral e integrada aos pacientes com hipertensão e diabetes, construído a partir da atenção básica, ficando a média e a alta complexidade com as ações suplementares. O objetivo é reduzir o grande número de pacientes que chegam à diálise.

Neste contexto, uma das diretrizes do SUS tem particular importância na discussão: a integralidade “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (Brasil, 1990).

A assistência integral é um conceito amplo que implica na necessidade das pessoas serem atendidas de uma maneira ampliada, levando em conta todas as dimensões do processo saúde-doença através do atendimento de suas necessidades (atenção básica, medicamentos, diagnósticos, internações, procedimentos de média e alta complexidade, etc).

De acordo com a organização do SUS o acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, aos quais referenciará aos demais níveis de complexidade. Dessa forma, “a rede de serviços, organizados de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento e atendimento dos problemas de saúde da população” (Castamann, 2004:105).

O Manual da Atenção Básica aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Como proposta para a Atenção Básica, a Política indica a estruturação da rede através da criação de uma Equipe de Referência de Atenção Básica para hipertensão arterial e diabetes

mellitus de forma a complementar às ações da equipe de saúde da família, devendo atuar entre a equipe de atenção básica e a média e alta complexidade. Assim, o paciente ficará vinculado à unidade básica à equipe da sua área de referência, fortalecendo o vínculo com a atenção básica e estimulando o papel deste nível de atenção como estruturante do modelo e responsável pelo cuidado integral aos cadastrados na sua área de abrangência. (Brasil, 2004:16)

Para a atenção à saúde das pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial na média complexidade, a Política propõe serviços especializados nos Centros de Diabetes e Hipertensão – CDH e hospitais onde serão desenvolvidas ações de prevenção, educação terapêutica, controle e reabilitação dessas patologias.

Estes serviços devem ser estruturados respeitando a diretriz da regionalização, isto é, devem ser estruturados de acordo com as características, disponibilidade tecnológica e de recursos humanos de cada estado, bem como as definições do Plano Diretor de Regionalização – PDR, visando garantir o acesso e promover a qualidade da atenção na Média Complexidade ressaltando o caráter complementar e/ou suplementar à Atenção Básica e também a redução da demanda para a Alta Complexidade.

O CDH caracteriza-se como um serviço de maior complexidade da rede do SUS para tratamento da diabetes e hipertensão e de suas complicações, sendo que, além, das ações de saúde já existente nesse nível de atenção, os centros devem: implantar atendimento em regime de hospital-dia; promover atividade de educação permanente aos profissionais da atenção básica e equipes de saúde da família, e realizar estudos epidemiológicos dessas patologias para o contínuo aprimoramento do serviço e subsidiar o processo de planejamento e tomada de decisão do gestor local.

Já para o nível de Alta Complexidade cabem os procedimentos indicados para a Terapia Renal Substitutiva. A assistência aos portadores de Insuficiência Renal Crônica - IRC será composta pelos Serviços de Diálise e pelos Centros de Referência em Nefrologia.

Deverá ser garantido ao paciente, acompanhamento pelo médico nefrologista durante todo o período da diálise, além do acompanhamento de outros profissionais como: nutricionista, assistente social e psicólogo conforme a Resolução RDC nº 154/04. Inclui, também, a garantia de internação quando necessário e realização de exames mensais e semestrais para avaliar a evolução do tratamento, entre outras medidas.

Entende-se por Serviços de Diálise aqueles de natureza estatal (municipal, estadual, federal) ou privados (filantrópicos ou lucrativos) vinculados ao SUS que deverão oferecer todos os tipos de procedimentos dialíticos: diálise peritonial e hemodiálise, habilitado de acordo com a legislação em vigor. Já os Centros de Referência em Nefrologia são os Serviços de Nefrologia localizados nos hospitais públicos ou universitários públicos – poderão ser entidades privadas filantrópicas, caso não haja unidades públicas ou universitárias públicas na região – que além de desenvolverem os procedimentos de diálise, deverão exercer a função de consultoria técnica, e sob coordenação do gestor do SUS e juntamente com os representantes dos diferentes níveis de atenção, possam garantir o acesso e promover as ações inerentes da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal à população da área de abrangência. (Brasil, 2006).

A Política prevê ainda subsidiar as ações do gestor no controle, avaliação e regulação dos serviços, incluindo estudos de qualidade e de custo-efetividade tecnológica. E, por fim, darão suporte para ações de capacitação e treinamento em nefrologia. Para exercer estas atividades, os Centros de Referência em Nefrologia, indicados pelos gestores, terão incentivos financeiros, após a avaliação do projeto apresentado ao Ministério da Saúde.

Tal Política deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as três esferas de gestão, conforme definido na Portaria Federal nº 1168/2004/GM. A Portaria 211/SAS e a Resolução-RDC nº 154 de 15 de junho de 2004, também trazem orientações normativas para a organização das ações e serviços de atenção ao portador de Doença Renal e de assistência em Nefrologia.

2. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL EM SANTA CATARINA

Conforme diretrizes da Política Nacional do Portador de Doença Renal o estado de Santa Catarina elaborou em 2005 seu Plano Estadual de Prevenção e Tratamento de Doenças Renais e de Organização da Rede de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, que prevê que a rede Estadual

deverá ser composta por serviços de nefrologia e por Centros de Referência em Nefrologia na Alta Complexidade, que deverão prestar atenção integral ao doente renal em todas as fases, desde o atendimento ambulatorial em fases precoces de insuficiência renal crônica, até o tratamento dialítico nas diferentes modalidades”. (Santa Catarina, 2005:6).

O diagnóstico apresentado no Plano mostra que segundo dados colhido nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC em 2003 as patologias mais comuns que causam Insuficiência Renal no estado de Santa Catarina são as glomerulonefrites, seguidas pela hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Do total de TRS realizadas em 2003, 55,7% eram pacientes do sexo masculino. Outro fato que merece atenção é que grande parte (80%) dos pacientes em TRS no mês de junho de 2004 tinham menos de 65 anos, demonstrando que a doença acomete indivíduos ainda em idade produtiva. Isso evidencia a necessidade de implementação de políticas voltada para o aumento da qualidade de vida e melhorias na qualidade dos serviços prestados, principalmente, dos serviços prestados na rede básica e dos programas de controle da hipertensão e do diabetes.

Diante disso, constituem objetivos principais do Plano Estadual: organizar e implementar a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia⁹; orientar as ações de prevenção e tratamento de doenças renais; definir as unidades prestadoras de Serviços e os Centros de Referência em Nefrologia e também os critérios para o credenciamento de serviços filantrópicos e privados junto ao SUS.

⁹ Conjunto de unidades de saúde composto por Serviços de Nefrologia e por Centros de Referência em Nefrologia no Estado de Santa Catarina.

Tal Plano propõe um Modelo de Assistência em Nefrologia baseado em cinco momentos¹⁰ de intervenção, sendo as ações de prevenção e tratamento das doenças renais organizados de forma hierarquizada, compreendendo municípios, sedes de módulos assistenciais e pólos regionais de TRS. São eles:

Momento 1 – Promoção da saúde através de ações de educação de forma individual e coletiva, de campanhas de mídia aberta e ações intersetoriais que promovam a adesão de hábitos saudáveis relacionadas para a prevenção da Doença Renal, como: alimentação saudável, práticas de atividades físicas, inibição da auto-medicação, detecção e tratamento precoce de doenças lesivas ao rim, principalmente a diabetes, hipertensão e infecções urinárias;

Momento 2 – Controle da hipertensão arterial e do diabetes através da assistência profissional e farmacêutica, dividida entre os gestores da seguinte forma: a) Municípios: assistência médica e de enfermagem na Atenção Primária visando identificar precocemente os casos de diabetes e hipertensão, acompanhamento e monitoramento desses usuários diagnosticados e educação em saúde; b) Municípios Sede dos Módulos Assistenciais: oferta de exames e procedimentos de média complexidade; c) Municípios Pólos: ofertas de exames e procedimentos de alta complexidade, consultas médicas especializadas (cardiologia, endocrinologia, nefrologia, etc);

Momento 3 – Avaliação e acompanhamento especializado em nefrologias de pacientes em situação de risco para insuficiência renal, cabendo aos municípios Pólo a competência dessas ações e a realização da contra-referência desses pacientes a atenção básica;

Momento 4 – Procedimentos de Terapia Renal Substitutiva aos pacientes com insuficiência renal crônica. A competência dessas ações cabe aos municípios Pólo através de Serviços de Nefrologia. Os exames complementares determinados pela RDC154 deverão ser processados através da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC de TRS;

Momento 5 - Avaliação pré-transplante, sendo a competência dessas ações as Unidades Prestadoras de Serviço em acordo com o Gestor Municipal e com o SC Transplante, através dos ambulatórios dos hospitais habilitados no Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade Hospitalar para transplantes renais e conjugado rim-pâncreas habilitados no

¹⁰ O Plano cita sete momentos, no entanto, constatou-se que foi um equívoco na elaboração do documento.

Sistema de Procedimentos. A partir desta avaliação os pacientes com insuficiência renal deverão ser inscritos na lista de transplantes que será realizada em uma unidade credenciada.

As ações de acompanhamento do pós-transplante após o pós-operatório cabem aos Serviços de Nefrologia de origem.

2.1 Rede de Serviços de TRS em Santa Catarina

Atualmente existem 36 Secretarias Regionais de Desenvolvimento em Santa Catarina, 19 delas fornecem os serviços de diálise, disposto em 32 unidades prestadoras de serviços assistenciais em nefrologia que situam-se em 23 municípios e estão classificadas como Intra Hospitalar e Extra Hospitalar de acordo com sua localização dentro ou fora de unidades hospitalares, respectivamente, conforme tabela a seguir:

Tabela 1 - Unidades que prestam serviços de TRS em Santa Catarina em 2007 por natureza do prestador, regional, nome do estabelecimento e classificação.

Natureza da Organização	Reg.	Município	Estabelecimento	Classif.
Empresa Privada	1ª	Xanxerê	Unidade de Terapia Renal de Xanxerê Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	2º	Curitibanos	Clínica Hemodiálise de Curitibanos Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada		Videira	Clínica de Hemodiálise de Videira	Extra Hosp.
Ent. Ben. Sem Fins Lucrat.	3ª	Concórdia	Hospital São Francisco	Intra Hosp.
Ent. Ben. Sem Fins Lucrat.	4ª	Rio do Sul	Associação Renal vida	Extra Hosp.
Empresa Privada	5ª	S. Miguel Oeste	Clínica Renal do Extremo Oeste	Extra Hosp.
Empresa Privada	6ª	Araranguá	Clínica de Nefrologia Araranguá Ltda	Intra Hosp.
Empresa Privada	7ª	Baln. Camboriu	Fund. Amp. Pesq. Em Enf. Renais e Met. /PRORIM	Intra Hosp.
Empresa Privada		Itajaí	Unidade Renal de Itajaí SC Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	8ª	Joaçaba	Hemoser Joaçaba SC Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	9ª	Blumenau	Clínica de Rins do Vale do Itajaí SC Ltda	Intra Hosp.
Empresa Privada		Timbó	Instituto Renal de Timbó SC Ltda	Intra Hosp.
Empresa Privada		Brusque	Nefroclinica SC Ltda	Intra Hosp.
Empresa Privada	10ª	Chapecó	Clínica Renal do Oeste SC Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	11ª	Mafra	Centro de Tratamento de Doenças Renais	Extra Hosp.
Fundação Privada		S. Bento do Sul	Fund. Amp. Pesq. Em Enf. Renais e Met. /PRORIM	Extra Hosp.
Empresa Privada		S. Bento do Sul	Clinica Rim & Vida SC Ltda	Intra Hosp.
Ent. Ben. Sem Fins Lucrat.	12ª 1	Criciúma	Hospital São José	Intra Hosp.

Empresa Privada		Criciúma	Clinefro – Clínica de Nefrologia Ltda	Intra Hosp.
Empresa Privada		Criciúma	Nefroclínica Criciúma Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	13ª	Joinville	Clínica de Nefrologia de Joinville Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada		Joinville	Fundação PRÓ-RIM de Santa Catarina	Extra Hosp.
Adm. Direta da Saúde SMS		Joinville	Hospital Municipal São José	Intra Hosp.
Empresa Privada		Joinville	CTDR – Centro de Tratamento de Doenças Renais	Extra Hosp.
Empresa Privada	14ª	Tubarão	Clínica de Doenças Renais de Tubarão SC Ltda	Extra Hosp.
Empresa Privada	15ª	Lages	Centro de Terapia Renal SC Ltda - Lages	Intra Hosp.
Empresa Privada	17ª	Jaraguá do Sul	Fundação Pró Rim Hemodiálise	Intra Hosp.
Empresa Privada	18ª	Florianópolis	Clinirim – Clínica do Rim e Hipertensão Arterial	Intra Hosp.
Adm. Direta da Saúde SES		Florianópolis	Unidade de Rim Hosp. Gov. Celso Ramos	Intra Hosp.
Adm. Indireta - Autarquia		Florianópolis	Hospital Universitário	Intra Hosp.
Adm. Direta da Saúde SES		Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Intra Hosp.
Empresa Privada		São José	Apar Vida Clínica de Rins Ltda	Extra Hosp.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Diretoria de Vigilância Sanitária do estado de SC, 2007.

A unidade Nefroclínica Caçador Ltda, localizada no município de Caçador está fechada desde maio de 2006 por não cumprir critérios exigidos pela Vigilância Sanitária.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde – SES, em 2006 havia em torno de 22.422 pacientes em TRS em SC, um aumento significativo se comparado com os 19.040 pacientes em 2002. Sobre a demanda reprimida e os casos subnotificados não encontramos indicadores.

Em relação à modalidade de TRS, predomina a hemodiálise, que respondeu por 94,4% no ano de 2006, em seguida vem a Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua - DPAC com 4,16%, Diálise Peritoneal Automática - DPA 1,4 e Diálise Peritoneal Intermitente - DPI e DPA/DPAC com menos de 1% (Gráfico 3). Esses valores seguem percentuais parecidos com a distribuição em nível nacional, descritos no capítulo anterior.

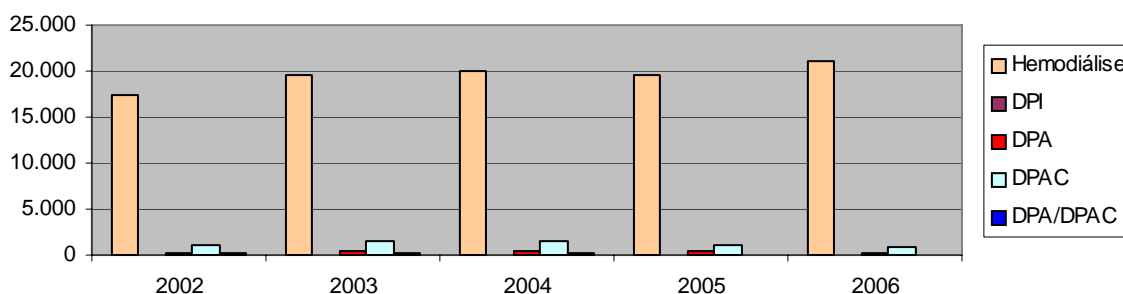
Verifica-se ainda (Tabela 2) que todos os procedimentos tiveram pequenas variações percentuais no decorrer dos últimos anos. Entretanto, a hemodiálise foi o procedimento que mais aumentou em 2006.

Tabela 2 - Frequência e percentual de procedimentos por tipo de TRS em Santa Catarina no período de 2002 a 2006

Procedimento	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
Hemodiálise	17.416	91,47	19.484	92,28	20.028	90,61	19.650	92,28	21.091	94,06
DPI	72	0,38	80	0,37	58	0,26	90	0,42	60	0,27
DPA	267	1,40	417	1,92	430	1,95	327	1,54	233	1,04
DPAC	1.075	5,65	1.565	7,20	1.462	6,61	1.139	5,35	933	4,16
DPA/DPAC	210	1,10	192	0,88	125	0,57	88	0,41	105	0,47
Total	19.040	100,00	21.738	100,00	22103	100,00	21.294	100,00	22.422	100,00

Fonte: SES - Secretaria Estadual de Saúde. Elaboração própria

GRÁFICO 4 - Evolução de Frequência dos Procedimentos de TRS – 2002 a 2006



Fonte: SES - Secretaria Estadual de Saúde

Para atender os pacientes em hemodiálise o estado dispõe em torno de 448 máquinas. Estas devem atender um padrão mínimo, como alarmes sonoros e visuais, detector de ruptura do dialisador, controlador da temperatura, entre outros conforme descrito no item 7.1 do anexo da Portaria Resolução da Diretoria Colegiada nº 154, de 15 de junho de 2004 (ver anexo A). As máquinas de hemodiálise em Santa Catarina estão distribuídas conforme tabela abaixo:

Tabela 3 - Distribuição das máquinas de hemodiálise por regional de saúde e média/mês de pacientes atendidos em 2006.

Regional	Nº de máquinas	Pct média/mês 2006
18ª Regional - São José/Florianópolis	58	292
13ª Regional - Joinville	56	244
9ª Regional - Blumenau	53	163
7ª Regional - Itajaí	42	113
12ª Regional - Criciúma	35	136
10ª Regional - Chapecó	27	138
11ª Regional - Mafra	26	131
14ª Regional - Tubarão	26	105
15ª Regional - Lages	25	68
4ª Regional - Rio do Sul	18	80
2º Regional - Videira	17	69
1ª Regional - Xanxerê	13	50
5ª Regional - S. Miguel Oeste	13	78
3ª Regional - Concórdia	12	38
6ª Regional - Araranguá	11	42
8ª Regional - Joaçaba	8	35
17ª Regional - Jaraguá do Sul	8	40
Total	448	1822

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Regulação. Gerência de Controle e avaliação. Elaboração própria

A tabela acima demonstra desigualdade regional na distribuição das máquinas de hemodiálise. Evidencia-se uma concentração de máquinas e de pacientes nas regionais de São José/Florianópolis, Joinville, Blumenau e Itajaí, o que pode indicar que muitos pacientes precisam deslocar-se para grandes centros em busca do tratamento e, provavelmente, por dificuldade de acesso, procuram os serviços com o quadro da doença em estágio já avançado.

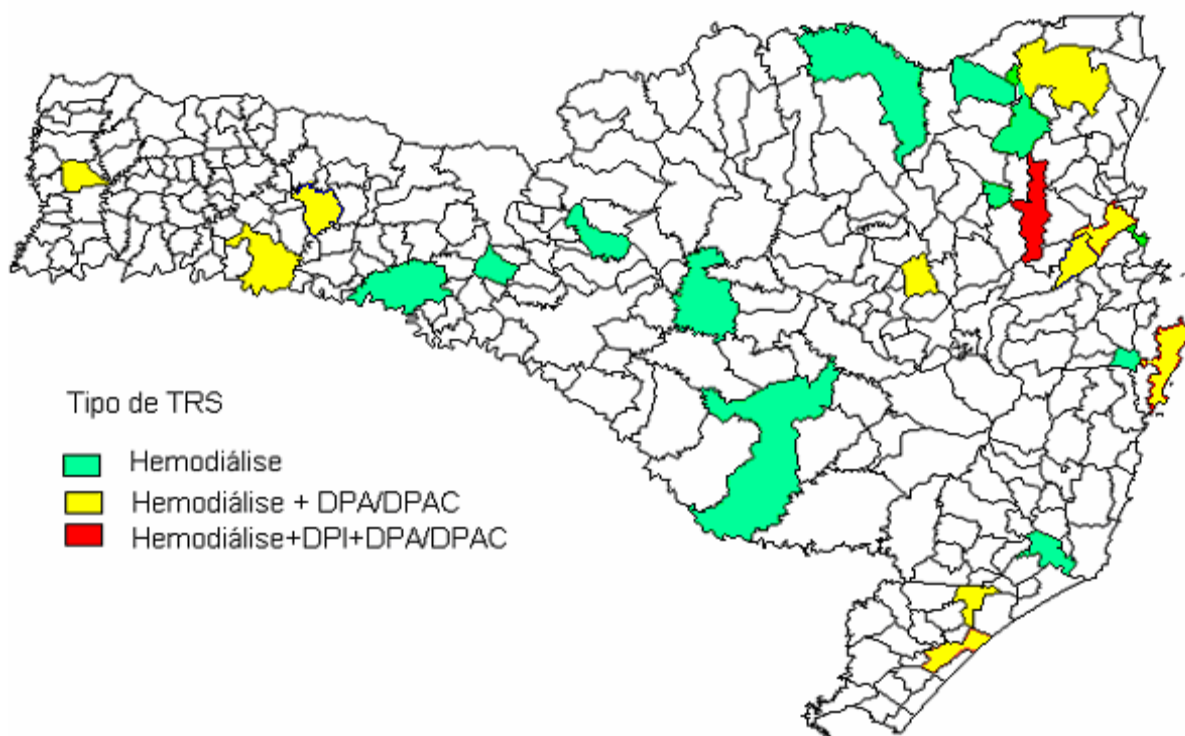
Não há dados concretos que indicam a quantidade de pacientes em lista de espera para fazer diálise. No entanto, sabe-se que há uma *lista invisível* (gerenciada individualmente pelas unidades de TRS) de pessoas com Insuficiência Renal que aguardam por uma vaga¹¹. Enquanto esperam fazem o que é chamado de tratamento conservador (medicação e dieta – redução de líquidos, evitam sal e alimentos que contenham fósforo, etc.) com

¹¹ Há suspeitas de que existe unidades que mantêm pacientes em sessões de hemodiálise sem necessidade, com intuito de manter um número mínimo de pacientes e dessa forma continuar recebendo os repasses financeiros do SUS.

acompanhamento de um médico nefrologista a nível ambulatorial. Normalmente a vaga surge quando há realização de transplante ou morte de paciente em hemodiálise.

O mapa a seguir mostra a atual configuração dos municípios que sediam unidades prestadoras dos serviços de nefrologia que prestam pelo menos uma das modalidades de TRS.

Mapa 1 – Localização das unidades prestadoras de serviços de nefrologia em Santa Catarina, 2006



Fonte: Santa Catarina, 2005. Adaptado com dados da SES de 2006

Observa-se que a configuração das unidades prestadoras de serviços de assistência em nefrologia pode ser considerada altamente centrada para procedimentos de hemodiálise. Isto é, das 32 unidades prestadoras de serviços de assistência em nefrologia, 16 realizam somente o procedimento de hemodiálise. Apenas a Clínica de Rins de Blumenau realiza a modalidade DPI (além da hemodiálise, DPA e DPAC), as demais unidades realizam os procedimentos de hemodiálise e DPA e/ou DPAC.

De acordo com o Plano Estadual o Hospital Governador Celso Ramos, unidade pública estatal, sediada em Florianópolis, deveria ser credenciado como Centro de Referência em

Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e realizar todos os procedimentos de diálise, no entanto, sabe-se que o hospital ainda não cumpre todos os critérios exigidos para esta finalidade.

Cabe a Vigilância Sanitária avaliar e inspecionar no mínimo duas vezes por ano todos os serviços de diálise, além de averiguar denúncias, acompanhamento de eventos adversos, acompanhamento dos indicadores de qualidade dos procedimentos dialíticos e da qualidade da água utilizada.

A participação privada no SUS nada mais é que a compra dos serviços de saúde pelo Estado, regulamentada principalmente pela Lei 8.080/90. Essa participação deveria ser somente para complementar os serviços da rede pública para que esta cumpra o papel de garantir a universalidade do atendimento. Isto é, somente depois de utilizada toda a capacidade instalada pública é que pode-se contratar serviços privados, levando em conta que a prioridade deve ser dada às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (Brasil, 2003).

Assim, apresenta-se abaixo a tabela dos serviços de TRS em Santa Catarina conforme a natureza da unidade prestadora de serviço:

TABELA 4 - Unidades que prestam serviços de TRS em Santa Catarina em 2007 por natureza do prestador, município e gestão

Natureza da Organ.	Unidade Prestadora de Serviços	Município	Gestão
Pública	Hosp.Gov. Celso Ramos	Florianópolis	GPSE
	Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis	GPSE
	Hospital Municipal São José	Joinville	GPSE
	Hospital Universitário	Florianópolis	GPSE
Privada	Clínica Renal do Extremo Oeste	S Miguel Oeste	GPSE
	Clínica Renal do Oeste SC	Chapecó	GPSE
	Unidade de Terapia Renal	Xanxerê	GPSE
	Hemoser Joaçaba	Joaçaba	GPSE
	Clínica de Hemodiálise	Videira	GPSE
	Clínica Hemodiálise	Curitibanos	GPSE
	Clínica de Rins	Blumenau	GPSE
	Instituto Renal de Timbó	Timbó	GPSE
	Nefroclinica SC Ltda	Brusque	GPSE
	PRORIM	Baln. Camboriu	GPSE
	Unidade Renal de Itajaí SC Ltda	Itajaí	GPSE
	Clinirim	Florianópolis	GPSE

	Apar Vida	São José	GPSE
	Clínica de Doenças Renais	Tubarão	GPSE
	Clinefro	Criciúma	GPSM
	Nefroclínica Criciúma	Criciúma	GPSM
	Clínica de Nefrologia	Araranguá	GPSE
	Clínica de Nefrologia	Joinville	GPSM
	PRÓ-RIM	Joinville	GPSM
	Centro de Tratamento de Doenças Renais	Joinville	GPSM
	Fundação Pró Rim Hemodiálise	Jaraguá do Sul	GPSM
	Centro de Tratamento de Doenças Renais	Mafra	GPSE
	Clinica Rim & Vida SC Ltda	São Bento do Sul	GPSM
	PRÓRIM	São Bento do Sul	GPSM
	Centro de Terapia Renal SC Ltda	Lages	GPSM
Entidade Filantrópica	Hospital São Francisco	Concórdia	GPSM
	Associação Renal vida	Rio do Sul	GPSM
	Hospital São José	Criciúma	GPSM

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e SES, 2007.

No que se refere a isso, percebe-se na tabela acima que a maioria, ou seja, 78% das Unidades Prestadoras de Serviços em Nefrologia em Santa Catarina são de natureza privada, 13% são públicas e as demais (9%) são filantrópicas. Segundo Bahia (:2005:442) “a busca pela melhoria da qualidade da atenção prestada e a eficiência na gestão justificam não apenas os subsídios públicos às empresas privadas, mas também a privatização de entidades filantrópicas e, por vezes, públicas”.

Diante disso, vê-se o repasse de recursos financeiros públicos à rede de serviços privados para restituir parte ou a totalidade dos gastos referentes ao atendimento de pacientes que dependem do SUS.

Além disso, nota-se a dificuldade dos gestores do SUS em definir quais serviços e em que quantidade são necessários para realizar contratações adequadas as necessidades de serviços de saúde da população:

Ocorre que não se conseguiu desenvolver a capacidade para os gestores do SUS atuarem como deveriam: os principais compradores dos serviços de saúde. Dada a demanda reprimida por serviços de saúde, esse setor acabou seguindo a lógica da oferta. A absorção dos serviços privados complementares ao SUS se dá de maneira descontrolada e sem avaliação, o que causa distorções. Em muitos casos compra-se o que o prestador quer oferecer em detrimento das necessidades da população. [...] A

compra de serviços de saúde segundo critérios da necessidade deve possibilitar a regulação do mercado pela demanda e não pela oferta (Brasil, 2003:2).

Isso se deu com a descentralização do Sistema de Saúde implementada a partir da Constituição de 1988, quando deixou de haver um gestor central para compra de todos os serviços de saúde dando origem a inúmeros gestores do Sistema com autonomia de compra. “O mercado passou a ser regido pela lógica da oferta privada e complementar ao SUS, sendo que muitas vezes os gestores do SUS chegam mesmo a ficar reféns dos prestadores privados” (Brasil, 2003:2).

A exemplo disso, podemos citar a clínica PRO RIM de Balneário Camboriú que foi credenciada em abril de 2006 por via judicial. Visto que já existe uma unidade localizada muito próxima (pouco mais de um km): a Unidade Renal de Itajaí, contrariando dessa forma o parecer técnico da SES/SC.

Neste sentido, Bahia (2005:447) defende que “a demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesse privado e seus representantes, pode contribuir para aproximar o país real do país formal”.

Cabe destacar que das 32 unidades prestadoras de serviços dialíticos 18 (56,25%) localizam-se em municípios com Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM e 14 (43,75%) em Gestão Plena do Sistema Estadual – GPSE¹²

Para os municípios em GPSM os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde – FMS - enquanto os municípios em

¹² GPSE - Toda a rede de unidades prestadoras de serviços de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é responsável pelas atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares. Executa as ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças. Realiza as atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação de todos os prestadores localizados no seu território. Opera os sistemas de informações ambulatorial e hospitalar e realiza o pagamento de todos os prestadores. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/ed_01/02.html. Acessado em 08/01/2008.

GPSE - Compreende-se pela gestão e gerência de laboratórios de referência para controle da qualidade, vigilância epidemiológica, executar ações complementares de vigilância sanitária e de controle de doenças. Responde também, pela gestão dos sistemas municipais de saúde dos municípios não habilitados. As ações desta gestão são: a) contratação, controle, auditoria e pagamento de todos os serviços sob gestão estadual definidos pelas Comissões Intergestores Bipartites – CIB; b) operacionalização das unidades prestadoras de serviço de saúde ambulatorial e/ou hospitalar - SAI e SIH; c) internação ambulatoriais e hospitalares de alto custo; d) operação e controle dos serviços, central de leitos e internações; e e) alto custo e complexidade e consultas especializadas. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/gestaoplenadosistemaestadual.asp>. Acessado em 08/01/2008.

GPSE os recursos são repassados para o Estado - Fundo Estadual de Saúde - FES para depois serem transferidos aos prestadores.

2.2 Transplante em Santa Catarina: contexto atual

Santa Catarina é um dos estados pioneiros na regulamentação dos Transplantes, através da implementação e aplicação das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos respeitando critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera no momento da distribuição dos órgãos e tecidos doados para que estes sejam destinados aos receptores ideais.

O estado conta com uma Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos de Santa Catarina criada em 1999 “como unidade integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Estado da Saúde e está inserida na Gerência SC Transplante” (Santa Catarina, 2006:42).

A SC Transplantes é um órgão que funciona como agência executiva do Sistema Nacional de Transplantes e tem a função de coordenar as atividades de transplante em âmbito estadual, centralizando e coordenando todas as ações que envolvam captação e transplante no estado. Além disso, atua no gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos e na formulação de políticas de transplantes para o estado¹³.

Atualmente, há em Santa Catarina 7 (sete) unidades hospitalares credenciadas para realização de transplante renal que situam-se em regionais de saúde estratégicas. São elas:

Tabela 5 – Unidades que realizam transplante renal por natureza, regional e localização, 2007

Natureza	Regional	Unidade	Cidade
Público	Grande Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos	Florianópolis
Privado		Hospital de Caridade	
Público	Nordeste	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Joinville
Filantrópico		Hospital Dona Helena	
Público		Hospital Municipal São José	

¹³ <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>. Acessado em 12/08/2007

Filantropico	Vale do Itajaí	Hospital Santa Isabel	Blumenau
Filantropico	Extremo Oeste	Hospital Regional Lenoir Vargas Ferreira	Chapecó

Fonte: CNES e SC Transplantes, 2007. Elaboração própria

Através da tabela e gráfico a seguir, podemos perceber um crescimento considerável de transplantes realizados em Santa Catarina a partir de 1999.

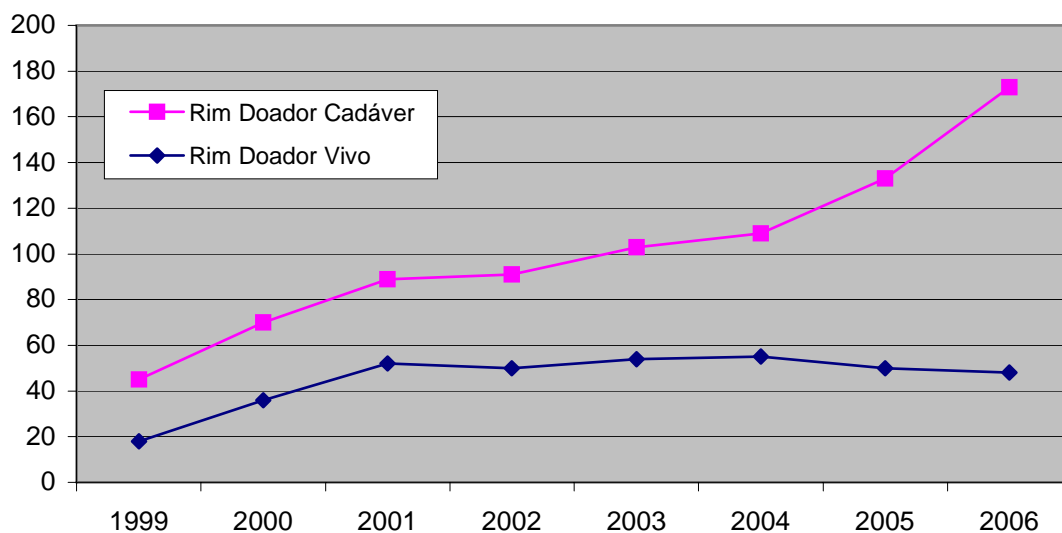
Tabela 6 - Evolução de Transplantes Realizados entre 1999 a 2006

Órgãos Transplantados	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Rim Doador Vivo	18	36	52	50	54	55	50	48	363
Rim Doador Cadáver	27	34	37	41	49	54	83	125	447
Córnea	83	73	103	139	199	213	240	310	1360
Coração		3	3	3	1	1	2	7	20
Osso			7	14	1	1	8	2	33
Valva			1	6	3	1	0	0	11
Medula		11	31	25	29	30	36	43	205
Fígado				5	10	16	32	41	104
Esclera					1	45	43	51	140
Rim Pâncreas							3	1	4
Fígado Doador Vivo							1	1	2
Total Ano	128	157	234	283	347	416	498	629	2689

Fonte: SC Transplantes <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>. Acessado em 12/08/2007

Nota-se que, o transplante de rins só perde em quantidade para o de córneas que respondem respectivamente por 21,77% e 36,57% dos transplantes realizados nos últimos oito anos. Vale lembrar também, que a doação de rins pode ser feita tanto por doador vivo quanto por cadáver, o que difere da doação de córnea que só pode ser feita por doador cadáver.

Gráfico 4 - Evolução de transplantes de rim realizados entre 1999 e 2006



Fonte: SC Transplantes. Elaboração Própria

Verifica-se que o número de transplantes de rins realizado com doador cadáver tem aumentado progressivamente, enquanto que com doador vivo mantêm-se estável e apresentou uma leve queda nos dois últimos anos.

Mesmo com o aumento progressivo da atividade transplantadora, evidencia-se um número grande de pacientes que aguardam na lista de espera, principalmente para córnea e rim, conforme quadro abaixo.

Tabela 7 – Lista de espera de receptores para transplante em 30 de Setembro de 2007 em SC

Órgão/Tecido	Pacientes em Lista de Espera
Córnea	844
Rim	285
Fígado	62
Osso	21
Coração	18
Medula Óssea	11
Rim/Pâncreas	0
Pâncreas	0
Total	1241

Fonte: SC Transplantes - <http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>. Acessado em 16/10/2007

Para realização do transplante renal leva-se em conta a compatibilidade genética (HLA Antígeno Leucocitário Humano) entre o órgão doado e o paciente receptor, objetivando garantir maior sobrevida do enxerto. Diante disso, o tempo de espera varia de paciente para paciente.

O estado de Santa Catarina é também considerado o primeiro Estado Brasileiro em número de captação de órgãos por milhão de habitantes.

Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes (RBT) publicado pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, o Estado de Santa Catarina foi em 2006 o Estado com o maior número de captações efetivas por milhão de habitantes, com índice de 12,8 captações por milhão de habitantes, e quanto a média nacional foi de 6 captações por milhão de habitantes. (SC Transplantes, 2007).

Os recursos para a realização do transplante renal são liberados diretamente pelo Ministério da Saúde e segue os valores determinados atualmente pela Portaria GM 2.848 de 06 de novembro de 2007. Ao Estado cabe os gastos com a logística do transplante, principalmente o transporte do órgão do local de captação para o local do transplante.

Tabela 8 - Valor dos procedimentos de transplante de rim

Procedimento	Valor Hospitalar	Valor Ambulatorial
Transplante de Rim (Doador Cadáver)	19.272,75	0,00
Transplante de Rim (Doador Vivo)	14.828,17	0,00
Transplante Simultâneo de Pâncreas e Rim	26.020,06	0,00
Acompanhamento de Paciente Pós Transplante	0,00	135,00

Fonte: PT GM 2848 de 06/11/2007

Verifica-se que o transplante de rim apresenta um valor elevado, no entanto se comparado, a longo prazo, com o tratamento dialítico este se torna mais viável e menos oneroso ao Estado e além disso proporciona melhor qualidade de vida ao paciente tornando-o independente da máquina e das sessões de diálise.

2.3 Análise dos gastos com os procedimentos de diálise

A característica progressiva da Doença Renal Crônica e sua evolução para a fase terminal aumentam em muito os custos com a saúde. A diálise é um tratamento caro se comparado com procedimentos de média e baixa complexidade.

A tabela abaixo indica os valores dos principais procedimentos ambulatoriais ligados a diálise. No entanto, cada tipo de diálise implica simultaneamente inúmeros outros procedimentos secundários que elevam os custos do tratamento.

Nota-se que a diálise peritonial – DPA e DPAC - apresentam um custo bem mais elevado se comparado com a hemodiálise, e, além disso, exige uma equipe especializada para fornecer o treinamento para os pacientes e seus familiares.

Tabela 9 - Valores dos Procedimentos Ambulatoriais – Jan/2004

Tipo de Procedimentos	Valor
Acesso para Hemodiálise: implante de catéter longa permanência	54,33
Acesso para Hemodiálise: implante de cateter Duplo Lumen	54,33
Acesso para Hemodiálise: Criação ou intervenção sobre fístula	162,08
Instalação de cateter tipo Tenckhoff ou similar (DPA/DPAC/DPI)	54,33
Catéter para Subclavia Duplo Lumen para Hemodiálise	64,76
Catéter de Longa Permanência para Hemodiálise	482,34
Dilatador para implante de catéter Duplo Lumen	21,59
Guia metálico para introdução de cateter Duplo Lumen	15,41
Conj. troca para treinamento pct submetidos a DPA/DPAC - 9 dias	609,39
Instalação Domiciliar / Manut. Máq. Cicladora / Conj. Troca p/ DPA - pct/mês	2.342,81
Conjunto de troca para pct submetido DPAC - pct/mês	1.791,56
Inst. Domic/manut maq. Cicladora / Conj. Troca DPA - pct/15 dias	1.171,40
Conjunto de troca para pct submetido a DPAC - pct / 15 dias	895,78
Treïn. Pct submetido a diálise peritonial DPAC/DPA - 9 dias	52,50
Dialise Peritonial Intermitente - DPI (Maximo 2 sessões)	110,21
Manut. e acomp. Domic. pcte submetido DPA pct/mês	146,22
Manut. e acomp. Domic. pcte submetido DPAC pct/mês	146,22
Hemodiálise I - Máximo 3 sessões / semana	103,17
Hemodiálise I - (Excepcionalidade) máximo 1 sessões / semana	103,17
Hemodiálise I - Máximo 3 sessões / semana - pct portador HIV	152,99
Hemodiálise I - (Excep) Máximo 1 sessões / semana - pct portador HIV	152,99
Hemodiálise II - Máximo 3 sessões / semana	113,49
Hemodiálise II - (Excepcionalidade) máximo 1 sessões / semana	113,49
Hemodiálise II - Máximo 3 sessões / semana - pct portador HIV	168,28
Hemodiálise II - (Excep) Máximo 1 sessões / semana - pct portador HIV	168,28

Fonte: SES / SC - Sistema de Informações Ambulatoriais SAS/DATASUS

Tabela 10 - Média mensal e valor anual que as unidades prestadoras de TRS receberam e número de pacientes atendidos, 2006

Unidade Prestadora de Serviços	Natureza	Valor/2006		Pctes/2006	
		Média/Mes	Total	Med/mês	Total
Unidade de Rim HGCR - Florianópolis	Público	108.807,04	1.305.684,51	76	911
Hospital Universitário - HU - Florianópolis		27.109,23	325.310,76	24	284
Hosp. Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis		26.164,02	313.968,25	14	171
Hospital Municipal São José - Joinville		2.557,93	30.695,16	4	43
Hospital São Francisco - Concórdia	Filantrópico	58.494,74	701.936,87	38	458
Associação Renal Vida - Rio do Sul		128.360,66	1.540.327,86	80	958
Hospital São José - Criciúma		70.768,00	849.216,00	47	561
Clínica Renal do Extr. Oeste - S. Mig. Oeste	Privado	127.746,39	1.532.956,68	78	936
Clínica Renal do Oeste SC LTDA - Chapecó		225.342,33	2.704.107,90	138	1650
Unidade de Ter. Renal de Xxê Ltda - Xanxerê		79.784,60	957.415,17	50	595
Hemoser Joaçaba Sc Ltda - Joaçaba		54.649,61	655.795,32	35	416
Clínica de Hemod. de Videira Ltda Videira		54.869,95	658.439,39	34	410
Clínica Hemod. de Curitiba. - Curitibaanos		58.077,97	696.935,68	35	417
Clínica de Rins do Vale do Itajaí SC Ltda - Blumenau		163.262,32	1.959.147,79	103	1239
Instituti Renal de Timbó SC Ltda - Timbó		23.585,73	283.028,76	16	187
Nefroclínica SC Ltda - Brusque		73.099,84	877.198,08	44	532
PRORIM - Baln. Camboriu		67.706,12	812.473,38	44	525
Unidade Renal de Itajaí SC Ltda - Itajaí		103.847,88	1.246.174,60	69	823
Clinirim - Clín. Rim e Hipert. Arterial - Fpolis		240.602,13	2.887.225,22	139	1663
Apar Vida Clínica de Rins Ltda - São José		86.836,70	1.042.004,45	53	637
Clín. Doenças Renais de Tubarão -Tubarão		167.363,05	2.008.356,62	105	1265
Clinefro - Clínica de Nefrol. Ltda - Criciúma		53.342,86	640.114,32	34	402
Nefroclínica Criciúma Ltda - Criciúma		88.728,19	1.064.738,28	55	657
Clínica de Nefrol. - Araranguá		68.699,64	824.395,68	42	498
Clínica de Nefrol. - Joinville		50.650,50	609.805,98	31	366
PRÓ-RIM - Joinville		115.633,05	1.387.596,57	75	904
Centro de Trat. Doenças Renais - Joinville		228.718,26	2.744.619,06	134	1613
Fundação Pró Rim Hemod.- Jaraguá do Sul		65.502,44	786.029,24	40	480
Centro de Trat. de Doenças Renais - Mafra		120.737,05	1.448.844,60	73	876
PRÓRIM - S. Bento do Sul		49.216,77	590.601,24	30	361
Clinica Rim & Vida - S. Bento do Sul		44.855,14	538.261,68	28	330
Centro de Terapia Renal- Lages	103.599,72	1.243.196,63	68	816	
TOTAL		2.938.719,86	35.266.601,73	1.836.0021.984,00	

Fonte: SES/SC. Gerência de Controle e Avaliação – GECSA

Tabela 11 - Valor e percentual por tipo de natureza e número de pacientes, 2006.

Natureza	Valor Total 2006	%	Pcts Total 2006	%
Privada	30.199.462,32	85,63%	18.598	84,60%
Pública	1.975.658,68	5,60%	1.409	6,41%
Filantrópica	3.091.480,73	8,77%	1.977	8,99%
Total	35.266.601,73	100,00%	21.984	100,00%

Fonte: SES/SC. Gerência de Controle e Avaliação – GECSA – Elaboração própria

No ano de 2006, foram gastos mais de 35 milhões somente com os procedimentos de diálise no estado. Desse montante mais de 85% foram repassados às Unidades privadas que prestam serviços de diálise e que atenderam 84,60% dos pacientes em TRS. A análise dessa produção é de suma importância se considerar que o que deveria ser apenas complementar assume caráter de principal.

O valor por pacientes/mês no ano de 2006 girou em torno de R\$ 1.253,43 mínimo e R\$ 1.707,10 máximo (dependendo do tipo de diálise). De modo geral, em pouco mais de um ano o gasto com um paciente em TRS equivale ao do transplante renal, evidenciando que o tratamento dialítico é muito mais oneroso aos cofres públicos. A ênfase na atividade transplantadora, conforme estes indicadores, depende de tornar estes dados públicos, colocando em debate, sobretudo nos conselhos de saúde e nos momentos de priorização de ações dos Planos de Saúde. Uma política que inverta esta lógica implica confronto com toda a rede de interesses do setor privado e de tecnologia de ponta na área de diálise.

Vale lembrar que o atendimento e os gastos realizados na assistência aos portadores de insuficiência renal crônica não se limitam à diálise. A ela estão agregados outros *procedimentos* como os medicamentos de alto custo fornecidos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, como exemplo eritropoetina, calcitriol, hidróxido de ferro, entre outros, internação hospitalar quando necessário, acesso à realização de transplante renal, entre outros. Isso sem contar os gastos da Previdência Social nos casos em que o paciente tem direito a auxílio doença ou aposentadoria antecipada por invalidez.

Tabela 12 - Teto Financeiro do primeiro e segundo trimestre de 2007, valor/mês e pacientes/mês por unidade prestadora de serviços de TRS

Unidade Prestadora de Serviços	Média 1º trimestre 2007			Média 2º trimestre 2007		
	Teto Financeiro PT GM 3.354 de 29/12/06 vigên dez	pct/mês	valor/mês Município	Teto Financeiro PT 315 de 24/05/07 vigên abr	pct/mês	Valor/mês Município
Hospital São Francisco - Concórdia	59.495,92	40	61.090,09	57.189,90	40	63.872,19
Associação Renal vida – Rio do Sul	148.285,98	92	145.442,75	150.277,36	93	145.862,73
PRORIM - Baln. Camboriú	101.769,64	81	116.379,10	108.206,47	74	114.253,18
Unidade Renal de Itajaí SC Ltda Itajaí	157.894,63	104	156.976,29	161.569,72	69	100.008,34
Clín. Rins do Vale do Itajaí - Blumenau	175.468,79	103	161.180,92	163.258,44	93	150.764,30
Nefroclínica SC Ltda - Brusque	74.884,01	51	83.664,04	77.772,60	58	92.729,62
Clín. Renal do Oeste - Chapecó	233.635,77	151	241.221,75	233.602,99	148	229.631,89
Clin. Rim & Vida - S. Bento Sul	91.158,81	28	92.523,93	97.146,18	26	90.228,15
PRÓRIM – S. Bento Sul		31			28	
Clinefro - Criciúma	216.336,98	36	224.316,39	213.793,44	35	240.543,98
Nefroclínica Criciúma Ltda - Criciúma		58			71	
Hospital São José - Criciúma		45			45	
Hospital Municipal São José - Joinville	412.255,09	4	397.023,47	391.952,61	3	409.228,77
Clínica de Nefrologia - Joinville		34			25	
Centro de Trat. Doenças Renais - Joinville		133			139	
Fundação PRÓ-RIM - Joinville		78			84	
Centro de Ter Renal SC Ltda - Lages	112.948,69	78	116.887,34	112.860,07	84	119.101,65
Fund. Pró Rim. – Jaraguá do Sul	71.209,50	39	63.592,70	67.641,44	42	71.811,36
Total - GPSM	1.855.343,81	1.184	1.860.298,98	1.835.271,22	1.158	1.828.036,16
Unidade de Ter. Renal - Xanxerê	73.447,79	55	86.454,14	80.597,51	58	92.539,69
Clínica Hemod. Curitibaanos - Curitibaanos	54.796,85	32	50.537,07	65.581,20	39	65.225,64
Clínica de Hemod. Videira Ltda - Videira	64.554,61	44	74.153,89	65.551,14	48	78.066,61
Clínica Renal do Extremo Oeste - S. Miguel Oeste	123.901,46	71	115.517,33	113.538,52	72	117.055,36
Clínica de Nefrologia - Araranguá	73.765,51	45	76.410,27	75.327,27	44	75.720,88
Hemoser Joaçaba - Joaçaba	53.752,87	35	54.771,92	53.612,39	36	54.859,66
Instituti Renal de Timbó - Timbó	44.088,03	37	54.997,09	56.184,43	41	62.785,63
Centro de Tratamento de Doenças Renais - Mafra	118.765,03	61	100.922,46	106.481,51	67	109.778,00
Clínica de Doenças Renais - Tubarão	152.816,41	81	122.524,86	182.551,33	148	237.201,90
Clinirim - Fpolis	399.601,40	130	223.343,76	359.828,22	124	214.683,69
Unidade de Rim HGCR - Fpolis		72	100.076,42		73	104.595,97
Hosp. Infantil J. de Gusmão - Fpolis		8	14.005,72		10	20.023,73

Hospital Universitário - Fpolis		33	37.101,54		26	32.590,02
Apar Vida- São José	77.891,6	66	100.235,21	98.200,68	64	100.862,16
Total - GPSE	1.237.381,60	771	1.211.051,70	1.257.454,20	849	1.365.988,95

Fonte: SES, 2007.

Sempre que houver necessidade de corrigir as defasagens existentes entre o Teto Financeiro e a produção de cada Unidade Prestadora de Serviço, a Gerência de Programação de Serviços e Credenciamento ligada a SES encaminha a Comissão Intergestora Bipartite – CIB - um estudo comparativo do Teto e da produção ambulatorial da Terapia Renal Substitutiva e sugere o remanejamento de recursos do limite financeiro destinado ao custeio da TRS.

Com a aprovação da CIB é criada uma Portaria determinando os novos valores. O pagamento é repassado aos Fundos Municipais de Saúde – FMS para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e ao Estado em Gestão Plena do Sistema Estadual por meio do Fundo Estadual de Saúde – FES.

Em nível estadual, foram gastos 6,3% do teto financeiro com os procedimentos de TRS, e apenas 12,8% com o nível de atenção básica, conforme identificado no quadro de prestação de contas do primeiro trimestre de 2007.

Tabela 13 - Teto financeiro mensal de assistência ambulatorial e hospitalar, medicamentos excepcionais e terapia renal substitutiva do estado de Santa Catarina – Janeiro à Março de 2007

DESCRIÇÃO	Total Gestão Plena Municipal -GPSM Valores Mensais	%	Total Gestão Estadual -GPSE Valores Mensais	%	Total Geral do Estado Valores Mensais	%
PAB FIXO e PAB AMPLIADO	2.754.092,50	12,1	3.519.204,34	13,3	6.273.296,84	12,8
MAC	17.717.601,08	78,1	16.112.109,93	61	33.829.711,01	68,9
Subtotal SIA/SIH - SUS	20.471.693,58	90,2	19.631.314,27	74,3	40.103.007,85	81,6
Medicamentos Excepcionais	-		4.410.280,52	16,7	4.410.280,52	9
TRS - Terapia Renal Substitutiva	1.855.343,81	8,2	1.237.381,61	4,7	3.092.725,42	6,3
SAMU	262.500,00	1,2	1.078.000,00	4,1	1.340.500,00	2,7
CEO - Centro de Esp. Odontológicas	103.400,00	0,5	70.400,00	0,3	173.800,00	0,4
TOTAL GERAL	22.692.937,39	100	26.427.376,40	100	49.120.313,79	100

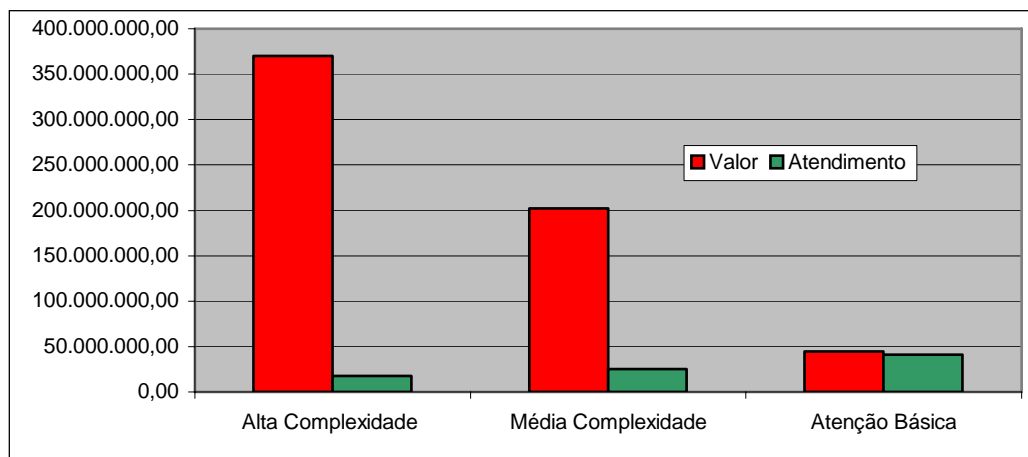
Fonte: http://www.saude.sc.gov.br/publicacoes/prestacao%5Fde%5Fcontas/1_trimestre_2007.pdf. Acessado em 03/11/2007.

Apesar do montante repassado pelo Ministério da Saúde para pagar os gastos dos procedimentos de TRS, há inúmeras alegações feitas, principalmente, nos veículos de comunicação de que as verbas repassadas são insuficientes para bancar tais procedimentos e que tais serviços estariam em crise e, dessa forma, pressionam o SUS para ampliar seus gastos com esses serviços. Não podemos esquecer que os procedimentos de hemodiálise estão entre os mais rentáveis, como foi visto na primeira sessão deste trabalho.

Outro fator de análise são os valores investidos nos níveis de atenção básica, de média e alta complexidade. Investe-se muito mais em média e alta complexidade do que na promoção, proteção e prevenção da saúde. Isso faz com que os indivíduos somente procurem assistência médica quando a doença já evoluiu para casos mais graves.

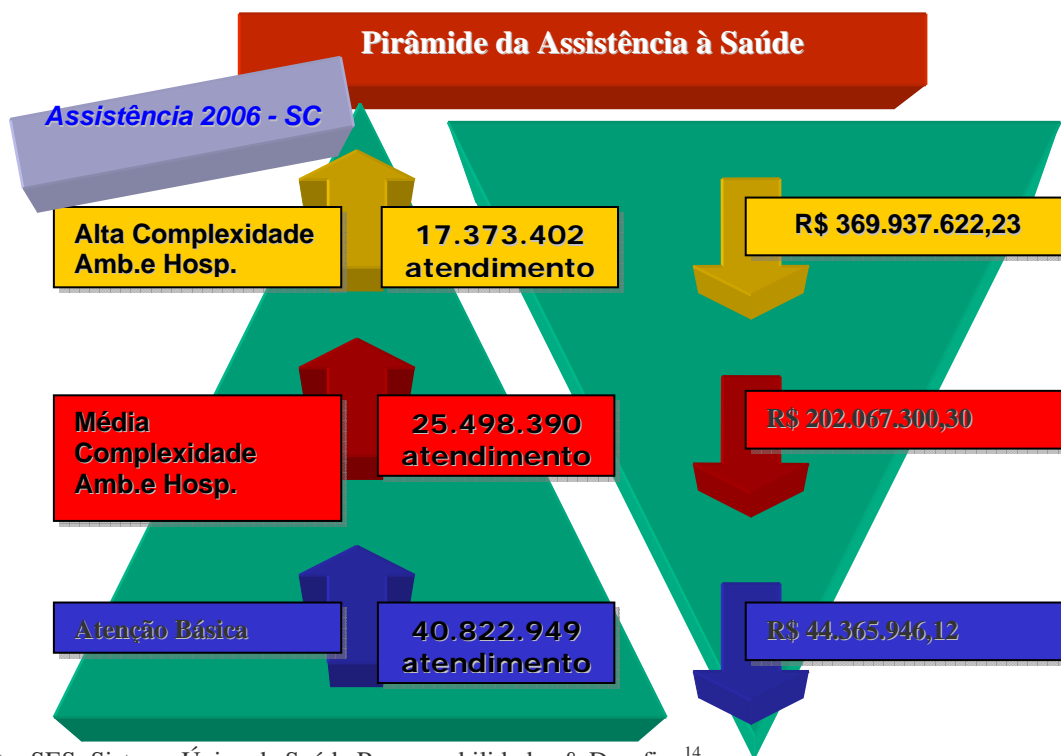
Em Santa Catarina, no ano de 2006 foram investidos 60,02% na alta complexidade ambulatorial e hospitalar, realizando apenas 20,76% do total de atendimentos. Já a atenção básica foi responsável por 48,78% dos atendimentos, no entanto foram repassados somente 7,20% do valor. Os gráficos a seguir ilustram essa diferença:

Gráfico 5 – Gastos da Assistência à saúde de Santa Catarina, 2006



Fonte: SES: Sistema Único de Saúde Responsabilidades & Desafios. Elaboração própria

Gráfico 6 - Pirâmide da Assistência à saúde de Santa Catarina, 2006



Fonte: SES: Sistema Único de Saúde Responsabilidades & Desafios¹⁴

Apesar da Política Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal preconizar a atenção básica como a melhor forma de prevenir o agravamento da doença e os procedimentos de alto custo, nota-se que ainda há pouco investimento nessa área. Além disso, a falta de capacitação dos profissionais ligados a saúde e a dificuldade de acesso aos serviços de atenção básica agrava ainda mais a situação:

Geralmente os postos de atenção básica só funcionam em horário comercial e em dias úteis. Igualmente, agentes comunitários de saúde e profissionais do Programa de Saúde da Família atuam, na maior parte, em horários e dias em que a população alvo também está laborando. Portanto, fora das suas residências e não alcançada pelos profissionais de saúde. Assim, não se pode deixar de reconhecer a pouca resolutividade da Atenção Básica, gerando congestionamento nos ambulatórios especializados e prontos-socorros. (Simpósio sobre política..., 2005:02)

Dessa forma, evidencia-se a deficiência das ações assistenciais, medidas de promoção e prevenção da saúde, elevando o número de pacientes que necessitam de procedimentos de alto custo devido à gravidade da doença.

¹⁴ Material Elaborado por Arion Godoi da Gerência de Programação de Serviços e Credenciamento – SES/SC, 2007

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolver deste trabalho possibilitou conhecer a política de atenção do portador de doença renal no contexto do SUS, além da caracterização da rede de TRS em Santa Catarina, as formas de tratamento e análise dos custos dos procedimentos. Evidenciou-se que a doença renal crônica representa um importante problema de saúde e que está expandindo-se de forma contínua devido, principalmente, ao envelhecimento da população e do número elevado de pacientes com hipertensão e diabetes.

Sem dúvida, esse é um fato preocupante e demonstra a necessidade de aprofundar a discussão sobre o assunto objetivando desenvolver programas de saúde que sejam tanto preventivos como terapêuticos que permitam lidar com o problema de forma objetiva e ao mesmo tempo reduzir os impactos negativos esperados para o sistema de saúde brasileiro num futuro próximo.

Somente no ano de 2006, foram gastos mais de 35 milhões com procedimentos de diálise no estado, a maior parte desse montante foi repassada para unidades prestadoras de serviço em nefrologia de natureza privada que atendeu a maior parte dos pacientes em TRS contrariando as bases legais que rezam que a participação privada deveria ser complementar. Dessa forma, o projeto de Reforma Sanitária vem perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado, onde o jogo de interesse prevalece em detrimento do público/coletivo. Sendo uma das causas os problemas estruturais na gestão das políticas sociais. Além disso, evidenciou-se que o destino principal das verbas está direcionado ao tratamento da doença, enquanto faltam investimentos para as fases de prevenção.

A insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de realizar suas funções reguladoras, sendo que as principais causas que levam a doença são: as glomerulonefrites, hipertensão arterial e diabetes. A prevenção é o método mais eficiente, pois evita ou retarda o surgimento da insuficiência renal e consiste por cuidados basicamente simples como: tratamento adequado do diabetes, diagnóstico dos casos de hipertensão arterial desconhecidos e controle da doença com medicação apropriada, reeducação alimentar, tratamento clínico precoce. Essas iniciativas retardam a progressão da doença e são mais barato que o tratamento da insuficiência renal.

Como estas doenças não aparecem como *epidemias* perceptíveis, a exemplo das doenças transmissíveis (DST, AIDS, etc), é preciso ampliar a divulgação, tornar público dados sobre a DRC, as formas de tratamento e prevenção, através dos Conselhos de Saúde, profissionais de saúde – principalmente na atenção básica através do PSF – e público em geral, além de sensibilizar os gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que seja dada prioridade em sua agenda para a prevenção e o controle das mesmas e dessa forma, implementar na íntegra o que propõe a política de atenção ao portador de doença renal.

Vê-se também, a necessidade de capacitação e atualização dos profissionais, visando ações voltadas para o cuidado integral dos usuários – abrangendo todas as fases, desde a prevenção até o tratamento dialítico - e de um trabalho com comprometimento ético dos profissionais de saúde na defesa da vida individual e coletiva, através de arranjos institucionais que estimulem o trabalho em equipe, o acolhimento, o vínculo e as ações intersetoriais.

Diante disso, verifica-se que o profissional de Serviço Social aliado a outros profissionais da área da saúde possuem um papel importante para a conscientização da população sobre a gravidade das doenças crônicas e as formas de prevenção. Visto que esta é uma profissão cujo um dos processos de intervenção está ligada, também, às ações sócio-educativas.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (Bravo e Matos, 2006:17).

Além disso, conhecendo a rede de serviços, a natureza de cada uma, a distribuição dos recursos e a Política de Atenção do doente renal o Assistente Social poderá defender os direitos desses pacientes através da participação nos Conselhos de Saúde, atuando na formulação, no controle e avaliação de políticas sociais voltadas para responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e do direito. Visto que hoje, cada vez mais o Assistente Social tem sido chamado a atuar nos processos de planejamento e gestão, segundo Lima (2006) esses processos:

correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas enquanto ocupantes de cargos gerenciais e administrativos no âmbito das políticas sociais, das instituições e demais empresas públicas e privadas, bem como no planejamento e

gestão do Serviço Social no âmbito de instituições, programas e empresas, e dos seus processos interventivos.

Sabe-se que os direitos dos pacientes com insuficiência renal ainda são limitados, devido à doença não ser aparente é caracterizada como uma deficiência orgânica¹⁵, e não física. Atualmente, para efeitos previdenciários, está estabelecido a questão do benefício de auxílio saúde e aposentadoria por invalidez quando o usuário for acometido pela nefropatia grave (mau funcionamento ou insuficiência dos rins) desde que este tenha contribuído para a Previdência Social antes da doença.

No entanto, diante dos inúmeros sintomas característico da doença (manifestações gastrointestinais, pleuropulmonares, hematológicas, cardiovasculares, neurológico, dermatológico, entre outros) que diminui a qualidade de vida do paciente e, na maioria dos casos incapacita-o para o trabalho, um passo muito importante seria a inclusão dos pacientes renais crônicos como portadores de necessidades especiais, assim como os ostomizados já são considerados. Esse debate é de extrema importância e merece ser aprofundado em estudos posteriores.

Fica evidente a necessidade de conhecimento mais profundo sobre a conjuntura que envolve o portador de doença renal crônica, para com isso, elaborar projetos e políticas sociais voltados tanto para procedimentos de TRS como de transplante renal objetivando garantir os direitos e a emancipação desses sujeitos.

Por fim, entendemos que muitos desafios ainda encontram-se postos frente à questão que envolve a doença renal crônica. Muito investimento, principalmente em ações de prevenção, precisará ser feito para enfadar as estimativas previstas.

¹⁵ É denominada deficiência orgânica aquela que compromete funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F e ALMEIDA, E. S. (orgs) **Gestão de Serviços de Saúde Descentralização / Municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC. ABRASCO, 1995. (p 14 – 49).

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. Democracia é Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito á saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In. LIMA, N. T. et. al. (orgs). **Saúde e democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em www.senado.gov.br. Acessado em 04/05/2007.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Portador de Doença Renal**. Secretária de Atenção à Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno da SAS: Orientações para contratação de serviços de saúde**. Brasília 2003

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Portaria SAS/MS nº 432 de 06 de junho de 2006**. Institui a Política Nacional ao Portador de Doença Renal.

_____. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº. 154, de 15 de Junho de 2004.** Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.

BRASÍLIA. Comissão de Inquérito Parlamentar para investigar denúncias de irregularidades na prestação de serviços por empresas e instituições privadas de plano de saúde. Relatório Final. Brasília, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. In. **Capacitação em Serviço Social e políticas sociais.** Modulo 3, Brasília: UNB/CEAD, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde: Trabalho e formação do Profissional.** CD rom, julho de 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro. O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** CD rom, julho de 2006.

BORBA, Julian. Políticas de saúde democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. In. **Revista Katálysis n°3.** Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Editora da UFSC, 1998.

CANTON, Giselle Alice Martins; NEVES, Fabiana. **Saúde Suplementar no Brasil:** Entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria. In Serviço Social e Sociedade, n° 86. Ano XXVIII – julho de 2006.

CARVALHO, Gilson. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. In. **Saúde em destaque.** Instituto Sallus. N°7. Janeiro 2005. Acessado em <http://ciberforum.org.br:8080/~cnsonline/login>. Acessado em 19/02/2005.

CASTAMANN, D. As reformas no Brasil. In: **Dilemas do Mercosul:** reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social / Ivete Simionatto, Vera Maria Ribeiro Nogueira (organizadoras). Florianópolis: Lagoa Editora, 2004

COELHO, Vera Schattan P. **Interesses e Instituições na Política de Saúde.** Revista Brasileira de Ciências Sociais; vol. 13; n° 37, julho de 1998.

COELHO, Vera Schattan P. Transplante e Diálise no Brasil. In: **Interesses e Instituições na Política de Saúde: o transplante e a diálise no Brasil**. Tese de Doutorado em Ciências Sociais da Unicamp, [2005?] (artigo com resultados parciais). <http://www.scielo.br>. Acessado em 22/09/2007.

CONASS. Proposta do CONASS em relação aos recursos previstos para o Ministério da Saúde no projeto de lei orçamentária 2005. Novembro, 2004.

ESCOREL; Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

FARBRA. Diagnóstico da atenção ao portador de doença renal. São Paulo, 2003.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ed. São Paulo: Atlas, 1995.

IAMAMOTO, Marilda. O trabalho do Assistente Social frente as mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: **Modulo 1: Crise Contemporânea, questão social e Serviço Social**. Brasília. CEAD, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos: Prospectivos para o Brasil 1991-2030**. Rio de Janeiro. Outubro/2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacaoUNFPA.pdf Acessado - 25/08/2007

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Estudo realizado como suplemento da PNAD 2003 “Acesso e Utilização de Serviços de Saúde”. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>. Acessado em: 03/01/2008.

JUNIOR, João Egídio Romão. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. Volume XXVI, nº 3 Supl. 1 Agosto de 2004. Disponível em www.sbn.org.br/jbn/26-31. Acessado em 07/05/2007.

QUADRANTE. Ana Catarina Rodrigues. **Doenças crônicas e o envelhecimento**. Disponível em <http://portaldoenvelhecimento.net/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>. Acessado em 12/08/2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tomaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **In Serviço Social e Saúde: Trabalho e formação do Profissional**. CD rom, julho de 2006.

SC Transplantes. Disponível em: http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=105. Acessado em 15/10/2007.

SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Prevenção e Tratamento de Doentes Renais e de Organização da Rede de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia em Santa Catarina**. Secretaria de Estado da Saúde. Abril, 2005.

_____. **Plano Estadual de Saúde**. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria de Políticas de Saúde. Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. Florianópolis, 2006.

_____. Prestação de Contas 1º trimestre de 2007. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/publicacoes/prestacao%5Fde%5Fcontas/1_trimestre_2007.pdf. Acessado em 03/11/2007.

SBN. <http://www.sbn.org.br/>. Acessado em 20/10/2007.

SBN, SOBEN, ABCDT e Associação de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica: O Desafio Brasileiro**. 2007. Disponível em: www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf. Acessado em: 15/09/2007.

SESSO, Ricardo. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc-prof.htm. Acessado em 15/10/2007.

SILVA, J. J. C da S. **Saúde no Brasil: evolução histórica, SUS e desafios futuros**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Simpósio sobre política nacional de saúde: **Sus – O Presente e o futuro**: A avaliação do seu processo de construção. Realização: Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Brasília (DF), junho de 2005.

MACHADO, L. R. C. e CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. Revista Esc Enfermagem USP, 2003. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/166.pdf>. Acessado em 18/10/2007.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. ABRASCO. Volume 6, n° 2, 2001.

KUSUMOTA, Luciana; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MARQUES, Sueli. Idosos com Insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol 12, n° 3. Ribeirão Preto, 2004

RAMOS, L.R; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública** vol.21 n°. 3, São Paulo. June 1987. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101987000300006&script=sci_arttext&tlng=pt

VIANA, A. L e BAHIA, L. **A relação público – privado na área da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

ANEXO I