



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ILKA AQUINO DE OLIVEIRA PERUSSO

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL: UMA
EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE**

Recife – PE
2013

ILKA AQUINO DE OLIVEIRA PERUSSO

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE DOENÇA RENAL: UMA
EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, sob a orientação da Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa

Recife – PE
2013

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

P453p

Perusso, Ilka Aquino de Oliveira

Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal: uma experiência no Hospital Universitário do Recife / Ilka Aquino de Oliveira Perusso. - Recife : O Autor, 2013.

84 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Profa. Dra. Mônica Rodrigues Costa.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2013.

Inclui referências.

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Privatização. 4. Hospital universitário. I. Costa, Mônica Rodrigues (Orientador). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2013 – 120)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE MESTRADO

Ata da Defesa de Dissertação do Curso de Mestrado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco. Às duas horas do dia trinta de agosto de dois mil e treze, no Anfiteatro do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Dissertação intitulada: “**Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal: uma experiência no hospital universitário do Recife**” de autoria da Mestranda, **Ilka Aquino de Oliveira Perusso** a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Mestre em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **23076.036726/2013-91**, foi constituída pelos seguintes Professores: **Mônica Rodrigues Costa**, Doutora em Serviço Social, Orientadora e Examinadora Interna; **Ana Cristina de Souza Vieira**, Doutora em Serviço Social, Examinadora Interna; **Alessandra Ximenes da Silva**, Doutora em Serviço Social, Examinadora Externa; **Juliane Feix Peruzzo**, Doutora em Serviço Social, Suplente Interna; **Iracema da Silva Frazão**, Doutora em Serviço Social, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a **Drª. Mônica Rodrigues Costa** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a apresentação, a candidata foi arguido pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu..... *aprovar*..... a Dissertação com as seguintes menções: **Drª. Mônica Rodrigues Costa**: ...*aprovada*.....; **Drª. Ana Cristina de Souza Vieira**: ...*aprovada*.....; **Drª. Alessandra Ximenes da Silva**: *aprovada*..... E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 30 de agosto de 2013.

BANCA:

Profª. Drª. Mônica Rodrigues Costa

Profª. Drª. Ana Cristina de Souza Vieira

Profª. Drª. Alessandra Ximenes da Silva

MESTRE:

Ilka Aquino de Oliveira Perusso

A Deus, toda honra e glória

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, pelas bênçãos derramadas;

Ao meu marido, **Jose Antonio Perusso**, pelo companheirismo, incentivo e pelo amor que nos permite comemorar todos os dias o encanto de estarmos juntos;

A minha mãe, **M^a José de Aquino Oliveira**, pelo amor incondicional;

A minha família, pai, irmãos, sobrinhos, sogros, cunhadas(os), enteado(a), pela certeza de poder contar sempre com o apoio de vocês;

À amiga **M^a Conceição Moura**, pelo incentivo e contribuições nos estudos para inserção no mestrado;

À amiga **Isadora Vitoriano**, pela escuta, pelo estímulo e contribuições nos estudos para permanência e conclusão do mestrado e, principalmente, pela amizade;

À amiga **Renata Severo**, pelo carinho, pela disponibilidade de ouvir, discutir tantas vezes a temática da dissertação e, principalmente, pela contribuição na jornada da vida. Agradeço também a **Ery**, seu marido, que abriu sua casa e me deixou sentar tantas vezes a sua mesa para apreciar a sopa com fios de ouro, proporcionando assim muitos momentos de risos e alegrias;

Às amigas, Assistentes Sociais do HC/PE cujo cotidiano da prática profissional, bem como a caminhada da vida, cada dia, tenho o prazer e a honra de compartilhar. A todas meu muito obrigada; sem vocês não teria conseguido;

Aos meus amigos de turma, **Adilson Junior, Aldineide, Aurora, Clara, Delânio, Mayara, Simone e Thiago**, com quem tive o prazer de dividir minhas dúvidas, ansiedades, alegrias e aprendizados. Em especial, a **Aurora** com quem além da convivência profissional, tive o prazer de compartilhar as dores e o crescimento acadêmico. A **Júnior**, um mestre, sempre disponível a contribuir para o amadurecimento acadêmico dos amigos, e a **Aldineide**, amiga querida que desde o início me estimulou e acreditou em meu potencial;

À minha orientadora, **Mônica Costa**, pela paciência, serenidade e contribuição processo de elaboração desse estudo, meu muito obrigada;

A todos os docentes da pós-graduação em Serviço Social, em especial a professora Ana Vieira pelas contribuições acadêmicas desde a seleção do mestrado até a defesa da dissertação;

À professora Raquel Soares, pelo estímulo para inserção no mestrado bem como pelas contribuições na qualificação do projeto;

À professora Alessandra Ximenes, pela disponibilidade e contribuições na defesa da dissertação.

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.

Paulo Freire

Resumo

Este trabalho tem como foco a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Tal política foi instituída em 15 de junho de 2004, pela Portaria 1.168 do Ministério da Saúde, com o propósito de organizar o sistema de atendimento à pessoa portadora de doença renal, o qual ocorria de forma fragmentada e tinha seu atendimento centrado na alta complexidade do Sistema Único de Saúde. A proposta da política foi de criar um modelo de atenção e gestão em que os usuários fossem acompanhados de forma integral nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, em consonância com o que preconiza o SUS, no que se refere ao princípio da integralidade e a diretriz da hierarquização. No entanto, sua implantação ocorreu num contexto de privatização e retração do gasto público. Diante desse contexto, o trabalho em pauta teve como objetivo compreender as contradições presentes na implementação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Hospital das Clínicas de Pernambuco. A escolha pelo Hospital das Clínicas se deu pelo fato de ser um hospital de referência no tratamento renal e estar passando por um processo de tentativa de transição para gestão privada. Os procedimentos metodológicos utilizados foram análise documental, observação e levantamentos de dados estatísticos. A questão que nos norteou foi como essa Política, aparentemente de caráter progressista, efetiva-se em um contexto de retrocesso da Política Pública de Saúde? A partir da análise dos dados, realizada através da análise temática, tendo como eixos modalidade de atenção, gestão, Incorporação Tecnológica e Financiamento da Alta Complexidade, os resultados apontam que a atenção básica apresenta dificuldades em realizar a prevenção da Doença Renal, permanecendo a ênfase no atendimento na média e alta complexidade. Grande parte dos serviços de alta complexidade é realizada por instituições privadas, seja através de convênios ou por organizações sociais filantrópicas, que dificilmente se pautam por uma ação integral, principalmente no aspecto da realização da referência e contrarreferência do atendimento. A pesquisa indica que a Política se utiliza dos termos de referência do SUS, porém a sua implementação nesse contexto privatista não consegue efetivar os princípios e as diretrizes aos quais se propôs na sua reformulação.

Palavras-chaves: Política de Saúde, Saúde Pública, Privatização, Hospital Universitário..

ABSTRACT

The main objective of the present work is to analyze the Brazilian Policy for Care of Bearers of Kidney Disease, established in June 15, 2004, by Ordinance 1168 of the Ministry of Health. This Policy was designed to organize the care system for individuals with kidney disease that was handled in fragmented way and was managed by the highly complex National Health System. The policy proposal was to create a model of care and management in which users were followed in all the three levels of care: basic, medium and high complexity, in line with what the NHS recommends, regarding the principle of completeness and the ranking guideline. However, its implementation occurred in a context of privatization and lack of investment in public services. In this context, this dissertation aims at discussing the problems and contradictions associated with the implementation of the Brazilian Policy for Care of Bearers of Kidney Disease at Hospital das Clinicas de Pernambuco, a public hospital associated to the Federal University of Pernambuco. The choice for this hospital was based on the fact that it is a referral hospital for kidney treatment; besides, there are speculations that it is undergoing a process of transition to private management. The methodological procedures used here were basically analysis of documents, observations and survey statistics. The main research question here was: how this apparently progressive policy is effective in a context of Public Health Policy backlash? Results from thematic data analyses, taking into account mode of care, management, Technology Incorporation, and Financing of the High Complexity indicate that primary care has several problems in performing the prevention of Kidney Disease, emphasizing the care of medium and high complexities. Many high complexity services are carried out by private institutions, either through partnerships or social philanthropic organizations. These services are hardly guided by an integral action, especially when it comes to the realization of the reference and counter reference of assistance. This research suggests that the Policy makes use of the terms of reference of NHS, however its implementation in this context of privatization of basic public services is not effective, in what concerns the principles and the guidelines that characterizes it.

Keywords: Health Policy, Public Health, Privatization, University hospital

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Serviços de diálise em Pernambuco

Quadro 2: Pacientes atendidos no serviço de hemodiálise HC/ UFPE – 2013

Quadro 3: % de Transplante Renal realizado no HC em relação ao total realizado em Pernambuco

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Beneficiários de plano privados de saúde no Brasil: 2003 – 2012

Tabela 2 – Frequência dos procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise, segundo estabelecimento de saúde e competência. Período: 2008 - 2013

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADIN – Ação Direta de Inconstitucionalidade
ANS – Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
ATS – Avaliação de Tecnologia em Saúde
BM – Banco Mundial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF – Constituição Federal
CDC – Clínica de Diálise do Cabo
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CTR – Centro de Tratamento Renal
CTRM – Centro de Tratamento de Doenças Renais da Mata Sul Ltda
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretaria Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional Secretários de Saúde
CREMEPE – Conselho Regional de Medicina de Pernambuco
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DP – Diálise Peritoneal
DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
DRC – Doença Renal Crônica
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEDP - Fundações Estatais de Direito Privado
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa
FHC – Fernando Henrique Cardoso
GERES - Gerências Regionais de Saúde
GESPÚBLICA - Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
GM – Gabinete do Ministro
HC – Hospital das Clínicas

HD – Hemodiálise
HSE – Hospital do Servidor do Estado
HU – Hospital Universitário
IATS – Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDR – Instituto de Doenças Renais
IDS – Instituto de Desenvolvimento Social
IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IRC – Insuficiência Renal Crônica
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC – Ministério de Educação e Cultura
MP – Ministério de Planejamento
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS- Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor Regional
PE – Pernambuco
PES – Plano Estadual de Saúde
PNAPDR – Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PRIMIS - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
RDC – Resolução Diretoria Colegiada
REHUF - Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RJU – Regime Jurídico Único

SAS – Secretaria de Assistência a Saúde

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIMEPE - Sindicato dos Médicos do Estado de Pernambuco

SIRC-TRANS - Sistema Integrado de Assistência ao Doente Renal Crônico

SP – São Paulo

SUDS - Sistemas Unificados Descentralizados da Saúde nos Estados

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TRS – Terapia Renal Substitutiva

TX – Transplante

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

Sumário

Introdução	16
Capítulo 1: A Construção da Saúde como Política e Direito Social.....	20
1.1 Movimento de Reforma Sanitária: organização e implantação do SUS.....	20
1.2 Efetivação do SUS: contradições e entraves	24
Capítulo 2: Sistema Brasileiro de Atenção ao Portador de Doença Renal e o Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco	34
2.1 Percurso Histórico dos Serviços de Assistência a Pessoa Portadora de Doença Renal no Brasil.....	34
2.2 Hospitais Universitários: sua inserção na rede integrada do SUS	44
Capítulo 3: Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal x Projeto Privatista.....	51
3.1 Percurso Metodológico	51
3.2 Caracterização e análise da PNAPDR.....	52
3.2.1 Modelo de Atenção	53
3.2.2 Modelo de Gestão.....	61
3.2.3 Incorporação Tecnológica e Financiamento	72
4. Considerações Finais	74
Referências	78

Introdução

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal – PNAPDR - foi instituída em 15 de junho de 2004 pela Portaria 1.168 do Ministério da Saúde tendo como objetivo redirecionar o modelo existente de atendimento às pessoas portadoras de doença renal, o qual esteve originalmente centrado na alta complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, procedimentos de alto custo. Para tanto propõe a criação de um modelo de atenção e gestão em que os usuários sejam acompanhados de forma integral nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade do SUS.

Nosso interesse em estudar essa política surge a partir da inserção como assistente social no Serviço de Nefrologia de um Hospital Universitário (Hospital das Clínicas de Pernambuco) que tem como missão prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida, e como visão ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde - SUS (UFPE, 2010). Ressaltamos que o atendimento prestado por esse hospital está centrado na média e alta complexidade.

O cotidiano de nossa prática profissional apontou a necessidade de apreender de modo mais aprofundado a constituição da PNAPDR por se tratar de uma política pública com o propósito de implantar e dar organicidade ao sistema de atendimento às pessoas portadoras de doença renal, o que ocorria de forma fragmentada por meio de portarias, resoluções e decretos pulverizados.

A estrutura da referida política foi elaborada obedecendo à constituição do SUS, principalmente no que se refere ao princípio da integralidade e à diretriz da hierarquização. Todavia tal política surge num contexto da lógica privatista da saúde, havendo uma intensificação nas propostas de mudanças de gestão, que defende a ampliação do espaço privado nas políticas sociais, cabendo ao Estado coordenar e financiar tais políticas cuja execução caberia às instituições de natureza jurídica privada.

Neste sentido, indagamos *como uma Política aparentemente de caráter progressista, efetiva-se em um contexto de retrocesso da Política Pública de Saúde?* Essa questão nos motivou a desvendar as contradições presentes na

implementação da PNAPDR no Hospital das Clínicas de Pernambuco, considerando o contexto privatista e a atual conjuntura de investida desta privatização nos hospitais universitários pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

Assim, procuramos identificar as mediações existentes na relação entre a política de saúde e PNAPDR; verificar as tendências gerais da Política de Saúde no âmbito da atenção da média e alta complexidade do SUS e analisar as particularidades da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal buscando desvendar as contradições presentes em sua constituição.

Outra motivação para a realização da pesquisa em tela refere-se ao fato de que a PNAPDR compõe a política pública de saúde, um dos maiores espaços socio-ocupacionais do Serviço Social brasileiro; portanto, compreender e analisar as políticas que compõem a política pública de saúde importa uma intervenção crítica e qualificada do assistente social nesse campo de atuação (SOARES, 2010).

Assim, a apresentação do conjunto de nossa análise foi estruturada de forma a possibilitar o debate sobre o nosso objeto de estudo. Para tanto, no primeiro capítulo discutimos sobre a construção da saúde como política social, compreendida como mediação entre economia e política, como resultado de contradições estruturais engendradas pela luta de classes, delimitados pelo processo de valorização do capital de acordo com seu ciclo de expansão e estagnação. Seus resultados envolvem mediações complexas socioeconômicas, políticas, culturais que se movimentam e disputam hegemonia nas esferas pública e privada (BEHRING, 2006).

Destacamos a Política Pública de Saúde como um dos tripés da Seguridade Social, materializada pelo SUS, que se caracteriza pelo conjunto de ações e serviços executados pela administração direta e indireta, através de instituições e órgãos públicos nas três esferas de governo (BRASIL, 1990).

A elaboração e efetivação do SUS, como sistema de saúde configurou-se através da construção democrática que mobilizou centenas de atores sociais e políticos dispostos a propor e efetivar uma agenda positiva para a saúde nos anos de 1980, e teve o Movimento de Reforma Sanitária como protagonista dessa luta que garantiu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, pela Constituição Federal de 1988.

Discutimos também nesse capítulo as contradições e entraves para a implementação do SUS, pois simultaneamente à aprovação do texto constitucional, ocorreram as inflexões da ação do Estado provocadas pela investidas das orientações neoliberais.

No segundo capítulo, discorreremos sobre o percurso histórico dos serviços de assistência à pessoa portadora de doença renal no Brasil, entendendo tal serviço como parte integrante do sistema nacional de saúde. Abordamos a estrutura do Sistema Brasileiro de Atendimento ao Portador de Doença Renal, como o mesmo é efetivado dentro de um contexto privativo da saúde, compreendendo que a participação do setor privado no SUS deverá ser complementar, e que os serviços contratados terão que se submeter aos princípios e diretrizes do SUS, conforme determina a Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Nesse percurso, identificamos que os primeiros atendimentos às pessoas portadoras de doença renal crônica, através de tratamento dialítico (processo artificial que substitui as funções dos rins) ocorreram nas unidades dos hospitais universitários. No entanto, no final da década de 70, inicia-se a expansão do credenciamento das instituições privadas com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. A atraente remuneração paga por esse instituto e o aumento de pessoas em diálise favoreceu essa expansão.

Assim, sentimos a necessidade de desvelar como os hospitais universitários, instituições que iniciaram o atendimento para as pessoas portadoras de doença renal, estão inseridos dentro deste sistema. Discutimos, também, neste segundo capítulo, o processo de inserção de tais hospitais na rede integrada do SUS, e a ocorrência das investidas de privatização, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Empresa que no seu regimento interno, atualizada em outubro de 2012, registra a lógica do mercado, conforme o artigo 4º, o qual informa que a EBSEH sujeitar-se-á ao regime jurídico próprio das empresas privadas, inclusive quanto aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas e tributárias.

Vale ressaltar que no decorrer da nossa pesquisa e elaboração da dissertação, precisamente no dia 23 de abril de 2013 o Hospital das Clínicas de Pernambuco – HC\PE, através do Conselho Universitário, aprovou por trinta e quatro

a favor e oito contrário, a realização de diagnóstico situacional da estrutura do HC pela EBSEH.

O HC antes mesmo de aprovar a realização do diagnóstico tem-se reportado a essa empresa para tratar de assuntos administrativos e financeiros, uma vez que a mesma se configura como diretoria dentro do Ministério da Educação e Cultura - MEC responsável por gerir os HUs em todos os Estados da Federação.

No terceiro capítulo, apresentamos os procedimentos teórico metodológicos utilizados para o desenvolvimento da presente investigação que buscou relacionar o particular e o geral, sem perder de vista a totalidade, articulando os aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos que permeiam o objeto de estudo, permitindo a apreensão das contradições e articulações do problema em tela. Utilizou-se como técnica a análise de documentos de domínio público, a observação participante através das reuniões com a equipe multiprofissional e o cotidiano da prática profissional.

Nesse mesmo capítulo, caracterizamos e analisamos a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, tendo como eixos: Modalidade de Atenção, Modalidade de Gestão, Incorporação Tecnológica e Financiamento da Alta Complexidade, considerando o contexto privatista da saúde e das gestões dos hospitais universitários.

Os resultados da nossa análise apontam para as dificuldades da atenção básica em realizar a prevenção da Doença Renal, permanecendo a ênfase no atendimento na média e alta complexidade. Grande parte dos serviços de alta complexidade é realizada por instituições privadas, seja através de convênios ou através de organizações sociais filantrópicas, que dificilmente se pautam por uma ação integral, principalmente no aspecto da realização da referência e contrarreferência do atendimento.

A pesquisa indica que a Política se utiliza dos termos de referência do SUS, porém a sua implementação nesse contexto privatista não consegue efetivar os princípios e as diretrizes aos quais se propôs na sua reformulação.

Com isso, esperamos que este estudo possa subsidiar outras pesquisas no campo da política de saúde e da PNAPDR, bem como contribuir na luta por uma saúde pública estatal de qualidade.

Capítulo 1: A Construção da Saúde como Política e Direito Social

1.1 Movimento de Reforma Sanitária: organização e implantação do SUS

A Política Social emerge como forma de enfrentamento da questão social na sociedade capitalista. É compreendida como mediação entre economia e política, como resultado de contradições estruturais engendradas pela luta de classes, delimitados pelo processo de valorização do capital de acordo com seu ciclo de expansão e estagnação (BEHRING, 2006). A autora reflete que

[...] a política social – que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos trata-se de uma questão de sobrevivência – configura-se, no contexto de estagnação, como um terreno importante da luta de classes: da defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termos do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho. (BEHRING, 2006, p. 36).

A política social configura-se como processo complexo, multideterminado, contraditório e de constante relação, não necessariamente harmoniosa, entre Estado e sociedade. Em princípio tal política teria como finalidade atender as necessidades sociais e não contribuir com o lucro de instituições privadas (PEREIRA, 2008).

Entretanto a lógica mercantilista perpassou todo o processo de elaboração e implantação das políticas sociais no Estado brasileiro, que utilizou essas políticas como instrumento de mediação entre o capital e trabalho numa perspectiva de propiciar acumulação do capital.

No Brasil, as políticas sociais estiveram subordinadas ao plano de desenvolvimento econômico em detrimento da melhoria das condições de vida da população e da garantia de direitos sociais. Esteve direcionada à questão do trabalho, especificamente aos trabalhadores urbanos que contribuía juntamente com os empregadores para obterem os benefícios previdenciários e de assistência à saúde (LOBATO, 2012).

Verifica-se que o sistema de proteção brasileiro não atendia a maioria da população ocupada, deixando desassistidos tanto os trabalhadores da zona rural, quanto os diversos trabalhadores que desenvolviam atividades informais nos centros urbanos.

A Constituição Federal – CF de 1988 - foi um marco para a proteção social; nela as políticas sociais são reconhecidas no âmbito dos direitos sociais, ampliando os benefícios assistenciais, de saúde e previdenciários, a exemplo dos trabalhadores rurais, que são incluídos nos benefícios previdenciários e da assistência social o que se configura em política pública.

Entretanto, essa ampliação de cobertura das políticas sociais não ficou imune às orientações neoliberais presentes em todo processo de implementação das políticas de proteção social, tornando-as, também, instrumento de valorização do mercado. Mesmo assim, as políticas sociais ainda são a única proteção social estatal, para os trabalhadores e para aqueles que nem conseguem se inserir no mercado de trabalho, pois buscam

[...] viabilizar o bem-estar da maioria que não pode encontrá-lo no mercado porque ali somente alguns poderão ter o lucro e a 'proteção social' como mercadoria na forma de serviços privados de educação, saúde, previdência, lazer, etc. (GRANEMANN, 2007, p. 45).

O predomínio do mercado, nas relações de proteção social, além de afastar a pessoas dos processos econômicos e sociais e culturais também distancia a proteção social daqueles que não podem pagar. Karl Polanyi (2000) denominou este processo de mercado livre como autorregulável, que opera apenas de acordo com a lei da oferta e da procura, utilizando o livre comércio como seus métodos, sem qualquer controle ou interferência externa, “significa que toda produção é para a venda no mercado, e que todos os rendimentos derivam de tais vendas” (POLANYI, 2000, p.90).

O autor refletiu também que a sociedade capitalista moderna é caracterizada por duplo movimento: pelo princípio do liberalismo econômico, mercado autorregulado que tem a classe comercial e proprietários como defensores, e o princípio da proteção social que tem como objetivo proteger o homem e a natureza das investidas do mercado autorregulável que contaminam e ameaçam a relação do homem com seu ambiente natural, e tem a legislação protetora como seu método (POLANYI, 2000).

As políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência são resultados das lutas de trabalho, uma vez que atendem as necessidades movidas por princípios e valores socializados pelo trabalhador e

reconhecidas pelo Estado e patronato (MOTA, 2006). Até a década de 1960, a atenção à saúde esteve dividida em três subsistemas: a previdência social, o Ministério da Saúde e o setor privado autônomo (Lobato, 2012).

Portanto a saúde estava vinculada ao trabalho e ao mercado. Sobre este último, Bravo registra que

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização (BRAVO, 2006, p.92).

Em contraposição à lógica privatista e ao modelo de atenção à saúde dele decorrente, surge o Movimento de Reforma Sanitária – MRS - composto por diversos segmentos da sociedade, desde os que defendiam a ordem burguesa e os que defendiam uma nova ordem societária, de base emancipatória que colocava como bandeiras de luta a concepção ampliada de saúde que não se restringisse ao corpo e ao indivíduo, isto é, à lógica biomédica, as quais privilegiavam as ações curativas em detrimento às das ações de prevenção e promoção da saúde.

Esse movimento teve como proposição a saúde, como direito universal e a organização de um sistema público estatal, de modo a conter o crescimento desmedido da assistência privada que só fortalecia a exclusão e tornava dispendiosa a continuidade dessa prestação de serviço devido aos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário.

O marco do MRS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que tendo a participação da sociedade civil através dos profissionais de saúde, dos partidos políticos, dos movimentos sociais urbanos, “contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados.” (BRAVO, 2006, p. 96). Esse fato possibilitou uma ampla discussão sobre a questão saúde junto da sociedade brasileira, que foi além da análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo não apenas um Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

Conforme Campos (2011) os documentos seminais do SUS, o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde fundamentaram-se no documento de Dawson elaborado por um Conselho Consultivo composto por políticos e especialistas da

Grã-Bretanha em 1920 que revolucionou o atendimento em saúde, propondo reformas no modelo de atendimento, na dimensão política, na gestão. Segundo a mesma fonte o referido documento

[...] introduz a noção do direito universal à saúde, admite a estatização do mercado médico hospitalar porque não atenderia às necessidades da população e sugere formas de financiamento público para estes sistemas. Inova bastante na organização, sugerindo uma nova engenharia para concretizar aquelas diretrizes (CAMPOS, 2011, p. 274).

É neste momento que é criado o modelo de atenção primária organizado por uma rede de serviços (sistemas) conectados entre si, de forma a atender a população nas suas complexas necessidades. O documento de Dawson registra ainda a recomendação da fusão de diversos saberes em busca de superação da hegemonia clínica para uma concepção ampliada de intervenção sanitária de saúde.

Campos (2011) esclarece que, além de, o SUS se fundamentar neste relatório da Grã-Bretanha, houve também inovações e reconstituição ampliada de alguns outros fundamentos a exemplo das diretrizes da descentralização, a participação da sociedade através dos conselhos, conferências possibilitando o controle social da sociedade civil sobre o Estado.

O conceito ampliado de saúde¹ já aparecia no relatório Dawson, com menor precisão conceitual, comparado com o relatório da VIII Conferência de Saúde que incluiu a lógica da promoção, proteção e recuperação, tendo como princípios doutrinários a universalidade de acesso, a integralidade das ações e a equidade. A descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social como diretrizes políticas, foi proposta que encontrou assento na Constituição Federal de 1988, no art. 196, Capítulo II, Seção II o qual institui

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

Apesar da garantia do termo constitucional, a política de saúde só foi regulamentada em leis específicas em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica de

¹ Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

Saúde nº 8080 e da Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

É relevante destacar que a política de saúde se insere na CF de 1988 como um dos tripés da Política de Seguridade Social que compreende um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar o direito à saúde, à previdência social e à assistência social, isto é “(...) ações positivas que passam a ser implementadas de forma ampliada pelos Estados sobressaem às políticas sociais de caráter universal, concebidas como contrapartida de direitos de cidadania” (VIANA, 2006, p.8).

O texto constitucional com relação à saúde atendeu a grande parte das preposições do Movimento da Reforma Sanitária, após vários acordos políticos. Não alterou a situação da indústria farmacêutica, mas avançou na questão da participação do setor privado que passou a ser complementar.

O grande debate que os movimentos sociais promoveram possibilitou a discussão sobre a qualidade de vida da população e das propostas governamentais apresentadas para este setor, fato que contribuiu para que a temática saúde deixasse de ser discutida prioritariamente por técnicos da área e passa-se a assumir uma dimensão política, estando vinculada à democracia.

1.2 Efetivação do SUS: contradições e entraves

O reconhecimento jurídico do SUS trouxe avanços significativos para Política de Saúde, contudo a implantação desta política não se deu na mesma proporção do âmbito legal. Simultaneamente à aprovação da Carta Magna de 1988, que foi considerada o auge do processo de redemocratização brasileiro, os governos que se seguiram adotaram medidas neoliberais, em especial a política macroeconômica, que foram na contramão do SUS, ficando a efetivação dos princípios e diretrizes desse sistema ameaçadas.

Bravo (2006) registra que durante este processo já ocorria dúvida em relação à implementação do Projeto da Reforma Sanitária devido a diversos fatores como a diminuição da participação da população por não visualizar melhoria nos serviços de

saúde; do movimento dos setores conservadores contra a reforma; das fragilidades do serviço público, dentre outras.

Neste período, “o Governo Brasileiro passou a adotar, tardiamente, o chamado projeto de desenvolvimento econômico, sob a orientação da ideologia neoliberal, na busca de inserção do Brasil na chamada competitividade da economia globalizada” (YASBEK et al, 2011, p. 27).

Na década de 1990 o Estado minimiza suas ações e o financiamento para as políticas sociais, e maximiza ações de apoio ao crescimento do mercado. Esse contexto político afetou o processo de construção do SUS. Santos comenta que

[...] o pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias (SANTOS, 2007, p. 03).

Ademais, no decorrer da implementação do SUS, ocorreu simultaneamente a reforma do Estado conduzida pelo Ministério da Fazenda a partir de 1990, nos governos de Collor e Itamar, que redireciona o papel do Estado, baseada pela política de ajuste neoliberal. Este processo se intensifica em 1995 com a Reforma Gerencial do Estado conduzido pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) e do Ministério do Planejamento (MP), no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC – o qual propõe a mudança de uma administração pública burocrática para um modelo gerencial que prioriza a redução de custos, controle de resultados e produtividade. Para Rezende

No plano da Reforma do Estado encaminhado ao Congresso Nacional em 23 de agosto de 1995, o Governo FHC partia do princípio de que as Funções do Estado deveriam ser de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. Defendia que “nem tudo que é público é estatal” e afirmava que “devemos socializar com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado”. Avaliava, ainda, que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador, coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública”. Àquele modelo de gestão do Estado, chamou de “administração gerenciada” (REZENDE, 2008, p. 25).

Neste cenário, potencializa-se o embate de projetos antagônicos. Por um lado, o Projeto de Reforma Sanitária; por outro, o Privatista que flexibiliza os

princípios ideopolíticos originários do SUS, e tenta deslocar para a esfera administrativa e gerencial o enfrentamento das questões de saúde e assim esvaziar o debate político que lhe é orgânico.

O governo de FHC se baseou em algumas justificativas para mudanças na política de saúde no Brasil, afirmando que as políticas públicas de natureza coletiva e universal são formas ineficazes de enfrentamento à questão social; alegava que são políticas caras cuja execução demandava altos custos ao poder público. Apoiava-se nessa argumentação para defender uma espécie de “saída inovadora”, um redirecionamento dos serviços e políticas sociais públicas a seletos grupos e/ou segmentos populacionais específicos em contraponto à lógica da universalização (VIANNA, 2008).

Esse processo de desmonte do Estado vai refletir na concepção de seguridade social, quando fragmenta seus três componentes - previdência social, saúde e assistência social – abrindo caminho para retrocessos nos processos de financiamento e gestão de recursos humanos experimentados por tais políticas que precisam ser compreendida numa perspectiva de integralidade e intersectorialidade.

Apesar do subfinanciamento, da precarização da gestão dos recursos humanos no SUS, Nelson Santos em sua análise, registrou que

[...] a inclusão social por meio do acesso aos bens de saúde prosseguiu com gigantesco esforço e eficiência, alcançando, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, 360 milhões de exames laboratoriais, 10 milhões de ultra-sonografias, 1,2 milhão de tomografias, 213 mil ressonâncias, 9 milhões de seções de hemodiálise, 23.400 transplantes de órgãos e tecidos, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas (imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras), 152 milhões de vacinas, controle da AIDS, ações de vigilância em saúde e outras (SANTOS, 2007, p.02).

O autor também registra que os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF), programa de Imunização, programa de controle da AIDS foram um dos passos mais importantes na universalização dos cuidados em saúde. Entretanto, há evidências de que parte do ideário ideopolítico e estratégico do SUS não foi efetivamente implementado, causado, possivelmente, pela lógica da privatização, mercantilização da saúde.

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com insenção de responsabilidade do poder central (BRAVO, 2006, p. 101).

A Reforma do Estado evidencia uma das expressões da refuncionalização da ação estatal a partir das orientações neoliberais. Suas diretrizes sinalizam para a lógica de mercado, para a desfinanceirização das políticas sociais, privatizações, desregulamentações e flexibilizações de marcos jurídicos e constitucionais.

Ofensivas das mais expressivas que se revelaram nesse período foi a proposta do Ministro Bresser Pereira, no governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC - a partir de 1995, consolidadas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, a qual introduzia práticas gerenciais, tais como indicadores de resultados, cumprimentos de metas e objetivos para analisar o desempenho institucional, oriundas do setor privado.

Para Bresser Pereira, então ministro do MARE, diante da conjuntura vivenciada no Brasil a partir do capitalismo mundial², determinavam-se modificações na atitude do governo, no âmbito do incremento de privatizações, liberalização comercial, da disciplina fiscal e da intervenção do Estado centradas no mercado, com áreas estratégicas de atuação (BEHRING, 2008).

A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento. No plano econômico o Estado é essencialmente um instrumento de transferências de renda, que se torna necessário dada a existência de bens públicos e de economias externas, que limitam a capacidade de alocação de recursos do mercado. Para realizar essa função redistribuidora ou realocadora o Estado coleta impostos e os destina aos objetivos clássicos de garantia da ordem interna e da segurança externa, aos objetivos sociais de maior justiça ou igualdade, e aos objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento. Para realizar esses dois últimos objetivos, que se tornaram centrais neste século, o Estado tendeu a assumir funções diretas de execução. As distorções e ineficiências que daí

² A mundialização da economia está ancorada nos grupos industriais transnacionais, resultantes de processos de fusões e aquisições de empresas em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia. Esses grupos assumem formas cada vez mais concentradas e centralizadas do capital industrial e se encontram no centro da acumulação. As empresas industriais associam-se às instituições financeiras (bancos, companhias de seguros, fundos de pensão, sociedades financeiras de investimentos coletivos e fundos mútuos), que passam a comandar o conjunto de acumulação, configurando um modo específico de dominação social e política do capitalismo, com o suporte dos Estados Nacionais. (IAMAMOTO, 2010, p. 108)

resultaram deixaram claro, entretanto, que reformar o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado. Daí a generalização dos processos de privatização de empresas estatais. Neste plano, entretanto, salientaremos um outro processo tão importante quanto, e que no entretanto não está tão claro: a descentralização para o setor público não-estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica. Chamaremos a esse processo de “publicização” (BRASIL, 1995, p. 12-13).

Tal tendência se consolida com maior intensidade quando institui a Lei 9.637/98, que constitui as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicização e da Lei 9.790/99, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. A partir daí inicia-se um crescente processo de terceirização dos serviços públicos em todo país. Legítima os estados e municípios a transferirem ações, serviços e programas que lhes eram exclusivos para o setor privado.

Este cenário não mudou no governo de Luiz Inácio da Silva – Lula - mesmo tendo sido um presidente advindo da classe trabalhadora. Com projeto inicial de fortalecimento das políticas sociais, rendeu-se as propostas de gestão do Estado iniciadas no governo de Fernando Henrique Cardoso–FHC, que defendia a ampliação do espaço privado nas políticas sociais, cabendo ao Estado coordenar e financiar tais políticas, conforme registra Soares,

Na política de saúde, se nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, no governo Lula, se corporifica um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto *SUS possível*, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. Impulsionado pela grande legitimidade popular e contando com a colaboração dos defensores do projeto *SUS possível*, a gestão Lula lança o projeto de Lei 92/2007 que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde (SOARES, 2010, p. 16).

O projeto de Lei 92/2007 apresenta como argumento agilizar os processos de licitações e contratação de recursos humanos, bem como a modernização da gestão. O que se observa é um contínuo avanço das propostas da Reforma do Estado, inclusive nos Hospitais Universitários Federais- HUs. No Governo Lula, foi criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH, instituída pelo

Decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que integra um conjunto de medidas adotadas também pelo governo Dilma visando a viabilizar a reestruturação dos hospitais universitários.

Esse modelo está voltado para a contenção dos custos públicos para as políticas sociais e a redefinição da relação público e privado. A assistência à saúde para a população estaria determinada pela lógica privada negando os princípios constitucionais que entendem a saúde como bem público, e abrem espaço para mercantilização dos serviços de saúde prestados pelos HUs (CORREIA, 2012).

Neste sentido, redireciona o serviço de saúde para o consumidor em detrimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Fato observado em todo o processo histórico da assistência à saúde no Brasil, o qual tem o Estado como mediador dos planos de saúde privados. Para aqueles que podem pagar os serviços privados de saúde oferece incentivos fiscais (isenção de imposto de renda), para os demais, ineficiência dos serviços públicos, estimulando a desejarem ter renda para inserir-se em um plano de saúde privado, fato comprovado nos resultados da pesquisa realizada pela DataFolha, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS – (2011) que identificou como o segundo desejo dos brasileiros, ter plano de saúde privado.

Verifica-se que não foi construído um conceito de direito a saúde e sim conceito de consumidores da saúde, o que corrobora com o resultado da pesquisa de Pinto (2003) sobre o setor de saúde suplementar. O autor identifica que

Os planos privados de assistência à saúde atuam no sistema de saúde brasileiro, configurando-se enquanto mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde, na medida em que cobrem apenas uma parcela específica da população brasileira: pessoas de maior renda familiar, de cor branca, com maior nível de escolaridade, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho, moradores das capitais/regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes (PINTO, 2003, p. 02)

Segundo a Agência Nacional de Saúde, em setembro de 2012 havia 48.660.705 beneficiários em planos privados de assistência médica, como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 1 - Beneficiários de planos privados de saúde no Brasil: 2003-2012

Ano	Beneficiários
Dez/2003	32.074.667
Dez/2004	33.840.716
Dez/2005	35.441.349
Dez/2006	37.248.388
Dez/2007	39.282.791
Dez/2008	41.298.505
Dez/2009	42.563.098
Dez/2010	45.801.579
Dez/2011	47.590.080
Set/2012	48.660.705

Fonte: Agência Nacional de Saúde- ANS - Ministério da Saúde 09/2012

Conforme projeção feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - o país contava, em julho de 2012, com 193.946.886 habitantes. Portanto, um quarto (25,16%) da população custeia plano privado de saúde, com incentivo do estado brasileiro que estimula a população a vincular-se ao plano privado de saúde através da isenção do imposto de renda, o qual se abate, além das parcelas paga a este plano, todos os gastos realizados com hospitais, atendimentos médicos, odontológicos, psicológicos, terapias ocupacionais, fisioterapias, fonoaudiologias, exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e dentárias, entre outros. Não há teto para esse abatimento.

A finalidade das empresas de plano de saúde é o lucro, em detrimento das necessidades dos usuários, o que difere da determinação da Constituição de 1988, no tocante à saúde, nos seus artigos 196 a 200, que estabelecem dentre outros, a saúde como direito de todos, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e que estes serviços integrem uma rede regionalizada e constituam um sistema único.

Portanto, percebe-se que há contradição na efetivação do SUS, uma vez que seus princípios doutrinários e organizativos de caráter público vêm sendo atacados pelo mercado. O que deveria ser ação complementar na prestação de serviços, como está inscrito na política de saúde, transformou-se, em muitos casos, em ação exclusiva de prestação de serviços. Pode-se afirmar que atual a gestão de serviços por Organizações Sociais – OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs e empresas públicas de direito privado nas quais se insere

também a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH é outra forma de minar a natureza pública da política de saúde.

A proposta da EBSEH inicia-se em 2005, após serem identificados graves problemas no sistema da rede hospitalar do Rio de Janeiro. O Ministro da Saúde Humberto Costa instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial com objetivo de propor soluções para a crise de estrangulamento da oferta de serviços médico-hospitalares. A partir daí é criado o Projeto Fundações Estatais que, segundo a cartilha produzida em 2007, pelo Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão “surgiu da iminente necessidade de dotar o Governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais do país. A essência da fundação estatal é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais” (BRASIL, 2007, p.03). Instituiu, a partir desse argumento, a Lei Complementar nº 92/2007, a qual “regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público e dar outras providências” (BRASIL, 2007. p. 01).

Dando seguimento a essa mesma lógica de refuncionalização do Estado, é instituída a Medida Provisória nº 520 em 31.12.2010, autorizando o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH S.A. - e dá outras providências. A referida Medida não teve aprovação no Senado Federal, pela inconstitucionalidade, e por interferir na autonomia universitária.

Entretanto, a presidenta Dilma Rousseff contrariando a decisão do 14ª Conferência Nacional de Saúde, que se posicionou contra a criação da EBSEH, reapresentou o projeto com algumas alterações no texto original, sancionando em 15 de dezembro de 2011 a Lei 12.550 que autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH - acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, 07 de dezembro de 1940 - Código Penal e dá outras providências.

A aprovação dessa Lei confirma a continuidade do projeto da Reforma Administrativa do Estado pelo governo Dilma que potencializa as diretrizes privatistas guiadas pela lógica de mercado. Mantém o discurso de que as parcerias público-privadas são alternativas de enfrentamento para solucionar os problemas gerenciais, como se as dificuldades de efetivar os SUS fossem, apenas, gerenciais.

A EBSEERH é uma empresa unipessoal³, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado, e com vistas a substituir a gestão dos hospitais universitários. A empresa tem à disposição o financiamento público oriundo de dotações consignadas no Orçamento da União, o patrimônio estrutural dos hospitais, o pessoal já qualificado oriundos do serviço público, bem como a possibilidade de contratação sem concurso público e a dispensa de licitações públicas quando da aquisição de insumos, bens e serviços.

A criação da EBSEERH faz parte de um amplo programa de reestruturação dos HUs, iniciado no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, criado por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que definiu diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo do programa é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população. Os recursos que eram passados diretamente aos hospitais universitários, a partir da criação da EBSEERH, são gerenciados por essa empresa, mesmo quando os hospitais universitários não optaram em aderir a EBSEERH, tendo em vista a referida empresa, desde 2012, estar gerenciando os recursos do REHUF.

A proposta é que os serviços de média e alta complexidade do SUS, desenvolvidos nos hospitais universitários, sejam geridos pela EBSEERH, empresa privada sem fins lucrativos. Tais situações já ocorre no âmbito estadual, no Estado de Pernambuco, em que os serviços de média e alta complexidade (Unidades de Pronto Atendimento- UPAs⁴ e Unidades Hospitalares), tem sido executados por Organização Social – OS - como é o caso da Fundação Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar⁵ - que administra a maioria das UPAs e Unidades Hospitalares do Estado. O que se observa é que

³ Sociedades Unipessoais são aquelas pessoas jurídicas formadas por apenas um sócio, com grande capacidade de empreender e disposição para aportar recursos a um fim empresarial.

⁴ UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. É importante registrar que estas unidades não estão na lógica da reforma sanitária

⁵ Fundação Professor Martiniano Fernandes é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, com esfera administrativa privada, um dos braços do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

[...] ao mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do "assistenciocentrismo", dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta. Há em curso duas realidades simultâneas: (a) o "SUS que dá certo", que se configura em "ilhas" ou "nichos" e se evidencia no grande número de mostras de experiências municipais, regionais, estaduais de sucesso - apesar do seu grande número, elas são muitas vezes temporárias e reversíveis e (b) a persistência das distorções apontadas. Tudo isso sugere que os desafios são muito maiores que os arranjos administrativos e que falta muito para a consolidação sistêmica dos avanços já referidos (SANTOS, 2007, p.04).

Observa-se que apenas parte da proposta da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS foram implementadas; seu investimento é na atenção básica. No caso dos serviços de média e alta complexidade a adoção de medidas privilegiam a gestão e execução do mercado.

Capítulo 2: Sistema Brasileiro de Atenção ao Portador de Doença Renal e o Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco

2.1 Percurso Histórico dos Serviços de Assistência a Pessoa Portadora de Doença Renal no Brasil

O primeiro rim artificial foi construído na Holanda durante a II Guerra Mundial pelo professor William Kolff, para atender os feridos que apresentavam inchaços no corpo devido à interrupção da urina, ocasionada pelas transfusões sanguíneas muitas vezes incompatíveis.

A primeira diálise⁶ realizada no Brasil teve como maquinário o Rim Artificial construído de forma artesanal pelo professor Tito Ribeiro de Almeida, em 1949, no Hospital das Clínicas de São Paulo. O professor se inspirou num projeto de William Kolff. Entretanto a primeira literatura adquirida pelo professor Tito foi do Canadense Murray que pouco tempo depois de Kolff estava desenvolvendo seu rim artificial.

Posterior a essa fase pioneira, o Brasil em 1955 começou a importar dos Estados Unidos o rim artificial Kolff-Merril, que apresentava maior tecnologia. O primeiro hospital a receber este maquinário foi um hospital universitário, do Estado de São Paulo, o qual já tinha na sua estrutura a Unidade de Doenças Renais, recém-criada pelo professor Magaldi,

A diálise, até a década de 1960, era apenas realizada nas pessoas portadoras de insuficiência renal aguda, perda temporária da função renal. A hemodiálise e a diálise peritoneal⁷ passaram a ser utilizadas como tratamento de substituição renal

⁶ “Diálise: tratamento realizado para substituir algumas das funções dos rins, ou seja, retirar as toxinas e o excesso de água e sais minerais do organismo” (Minidicionário do Paciente Renal – disponível em <http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_trat_conservador.pdf> acesso em 08.09.2012).

⁷ “Hemodiálise: diálise realizada por meio da filtração do sangue. O sangue é retirado pouco a pouco do organismo através de uma agulha (especial para punção de fístula arteriovenosa) ou cateter (localizado numa veia central do pescoço), bombeado por uma máquina e passa por um filtro, onde vão ser retiradas as toxinas e a água que está em excesso no organismo. Depois de “limpo”, o sangue volta para o corpo através da fístula ou do cateter. A hemodiálise é realizada em clínicas especializadas, no mínimo 3 vezes por semana e tem uma duração de aproximadamente 3-4 horas.” Diálise peritoneal: diálise realizada através de uma membrana (fina camada de tecido, como o de dentro da boca, nas bochechas), chamada peritônio. O peritônio está localizado dentro da barriga e reveste todos os órgãos dentro dela. Ele deixa passar, através de seus pequenos furos, as toxinas e a água que estão em excesso no organismo. A diálise peritoneal é feita com a colocação de um líquido extremamente limpo dentro da barriga através de um cateter chamado de “Cateter de Tenckhoff”. O líquido deve permanecer dentro da barriga por um período determinado pelo médico e, quando ele for retirado, vai trazer junto com ele as toxinas e o excesso de água e sais minerais. Esta diálise é feita em casa, após o treinamento do paciente e dos familiares”. (Minidicionário do Paciente

de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC)⁸, em 1962, no Estado de São Paulo, e em 1963 no Estado do Rio de Janeiro, dando continuidade em outros Estados brasileiros. Estes centros localizavam-se principalmente em hospitais universitários e em raros núcleos privados do país (ROMÃO, 2009).

Ocorre também, nos hospitais universitários, o primeiro transplante renal com doador vivo, em 1965, no Hospital das Clínicas de São Paulo e, em 1967, com doador cadáver no hospital das clínicas de Ribeirão Preto-SP. Promulga-se em 1968, a 1ª Lei federal regulamentando a doação de órgãos.

O tratamento à pessoa portadora de doença renal crônica ganha corpo na década de 1970, período em que o Estado provia serviço de atenção médica, através do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - a 60% dos trabalhadores previdenciários urbanos enquanto a rede suplementar atendia, apenas, 5% da população brasileira, incluindo os funcionários de grandes empresas privadas nacionais e estrangeiras que firmavam convênios particulares (CONASEMS, 2007).

No final da década de 1970 cresce a demanda das pessoas portadoras de doença renal crônica por tratamento dialítico, fato que favorece o credenciamento das clínicas privadas de hemodiálise pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS⁹ - que, segundo Coelho (1996), tinha mais habilidade em gerenciar unidades privadas que planejar uma política pública de atenção a essas pessoas.

A atraente remuneração paga para os procedimentos dialíticos despertam interesse da rede privada em expandir o serviço de diálise. Observa-se, portanto, o aumento dos credenciamentos das instituições privadas com o INAMPS, favorecendo a consolidação de um mercado prioritariamente privado na prestação de serviços em parceria com empresas que fabricam e comercializam insumos, máquinas e medicamentos específicos para os tratamentos renais substitutivos altamente monopolizados (CHERCHIGLIA, 2006).

Renal- disponível em <http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_trat_conservador.pdf> acesso em 08.09.2012).

⁸ Insuficiência renal crônica é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais (Minidicionário do Paciente Renal, disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_trat_conservador.pdf> acesso em: 16.03.2012).

⁹ “Em agosto de 1977 é aprovado no Congresso o projeto governamental que reformula o INPS, determinando que o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) passasse a se constituir numa unidade estanque da administração das aposentadorias e pensões, ficando exclusivamente responsável pela assistência médica aos trabalhadores.” (CONASEMS, 2007, p.37).

Dentro desse processo identificam-se interesses em disputa que se revelam na tensão entre dois projetos: o que busca desenvolver um sistema integrado de atendimento às pessoas com doença renal e o que deseja a autonomia local dos centros prestadores de serviços privados (COELHO, 1998, p.12).

Verifica-se, portanto, o interesse do mercado em áreas específicas da saúde que possam dar lucro, fato não restrito aos serviços de atendimento às pessoas com doença renal crônica. O processo de correlação de força entre a mercantilização e o direito à saúde permeou todo o processo de elaboração da Política Nacional de Saúde - materializado pelo SUS – o qual tinha de um lado quem defendia o projeto da reforma sanitária, inscrito na Constituição Federal de 1988 e, de outro, o projeto privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990, já citado no capítulo anterior.

Nesse período, décadas entre 1970 e 1990, o atendimento à pessoa portadora de doença renal era especificamente na alta complexidade, através da Terapia Renal Substitutiva, prioritariamente na modalidade diálise, regida por diversas portarias emitidas ao longo dos anos, tratando a problemática da doença renal crônica de forma fragmentada e pontual.

Ademais, os primeiros dados de diálise e transplante no Brasil foram divulgados em 1976, pela Comissão de Diálise e Transplante, criado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, mesmo tendo a Lei Federal Ordinária nº 5.479 de 1968 que regulamentava a doação de órgãos o qual estabelecia, no seu art. 8º, que as instituições hospitalares remetessem relatórios ao Departamento Nacional de Saúde Pública divulgando os atendimentos realizados às pessoas portadoras de doença renal crônica. Entretanto, até 1987, o Governo Federal nunca divulgou qualquer informação sobre a atividade (COELHO, 2006).

De acordo com a mesma fonte, no ano de 1976, a comissão de Diálise e Transplante emitiu um relatório, divulgando que neste ano havia 500 pacientes em diálise e, entre os anos de 1968 e dezembro de 1976, aproximadamente, foram realizados 729 transplantes renais em 19 centros de transplantes.

O segundo relatório da Comissão foi publicado em 1979, tendo como referência o ano de 1978, o qual informava a existência de 1.433 pessoas em diálise; destas, 1.125 na modalidade hemodiálise – HD - e 308 em diálise peritoneal – DP - em aproximadamente 145 centros de diálise. Quanto ao transplante – TX - havia 29 centros transplantadores e haviam sido realizados 1.169 transplantes

renais. Entre o período de 1976 e 1978, o número de pessoas em diálise cresceu 184,9% e, 59,7% transplantados.

Concomitantemente ao fato acima citado, cresce a população previdenciária, atendida pelo INPS, que no ano de 1971 atendia 9.621 previdenciários e em 1978 passa a atender 23.433 previdenciários. Sua despesa neste período aumentou de US\$ 1 milhão em 1971 para US\$ 3,5 milhões em 1978 (COELHO, 1996).

Ao final dos anos 70, vários fatores afetavam a arrecadação de recursos destinados aos programas sociais: a conjuntura econômica de crise com desaceleração das taxas de crescimento, e com conseqüente influência negativa sobre o nível de emprego do país, e ainda a redução da massa de salários. Era necessário haver uma reorganização da atenção à saúde no país, e reavaliação das condições de seu financiamento (MANZUR, 2001, p.45).

Na área específica da assistência à pessoa portadora de doença renal, a diretoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN - através da assessoria da Comissão de diálise e transplante alertou para a necessidade de controlar os custos e a qualidade dos serviços prestados e propôs, em 1979, um Programa Nacional de Assistência ao Doente Renal Crônico Terminal, o qual recomendava que a diálise fosse autorizada, em nível regional, por uma comissão composta por, pelo menos, um nefrologista portador de diploma de especialista e oferecesse serviços de auditoria para fiscalização e avaliação dos centros credenciados, ao Ministério da Previdência.

A SBN estimulava a abrangência da diálise em residência com vista a diminuir os custos em honorários médicos e gastos hospitalares e a criação de um centro piloto de diálise peritoneal. No que se refere ao transplante, sugeriu que, o referido tratamento fosse um método de escolha para as pessoas portadoras de doença renal crônica, desde que houvesse uma boa seleção do binômio doador – receptor, além de propiciar uma melhor reabilitação sócio profissional; também era a modalidade que poderia deter a expansão da diálise (COELHO, 1996).

Em 1980 após uma série de divergências entre INAMPS e SBN sobre honorários relativos à diálise, o INAMPS disciplinou, através de normas básicas, os serviços de diálise prestados aos beneficiários da previdência. A partir desse momento, todos os centros de diálise seriam reconhecidos e fiscalizados por este Instituto bem como deviam emitir relatórios mensais para o mesmo. Tal fato gerou uma tensão entre as duas instituições, pois a SBN tinha a competência de conceder

título de especialista em nefrologia para os médicos e acreditava que poderia credenciar e fiscalizar os centros de tratamento ao renal crônico. Coelho analisa que,

[...] apenas as propostas referentes à normatização da diálise foram aceitas pelo INAMPS. O conjunto das propostas da SBN era, no entanto, bem mais amplo, tocando em questões como os critérios de acesso aos serviços de diálise e a necessidade de integrar a diálise e o transplante em um sistema que estimulasse o transplante com doador cadáver e a diálise domiciliar (COELHO, 1996, p.. 82).

É importante destacar que nessa década de 80 estava em pauta a descentralização do sistema de saúde, associada à bandeira de democratização do país, bem como a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, antes vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social que passaria a gerenciar e fiscalizar os benefícios previdenciários, cabendo, portanto ao INAMPS a responsabilidade da assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a população (MANSUR, 2001).

No ano de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – simultaneamente aos debates ocorridos na VIII Conferência Nacional de Saúde. Na resolução que estabeleceu este sistema, ocorreu o reconhecimento da importância das doenças renais no quadro de morbidade da população do Estado e dos elevados custos envolvidos no tratamento destas patologias.

Neste mesmo ano foi criado o Sistema Integrado de Assistência ao Doente Renal Crônico – Sirc-Trans - a primeira tentativa de construir uma política federal para atender as pessoas portadoras de doença renal crônica e potencializar o transplante como alternativa de tratamento. Este Sistema foi substituído em 1990 pelo Sipac-Rim que indicava o transplante como a melhor opção de tratamento da doença renal crônica. Entretanto estes sistemas não obtiveram êxitos.

Uma das dificuldades de organizar um sistema integrado, apontada por Coelho (1998) foram as regras de financiamento dos Sistemas Unificados Descentralizados da Saúde nos Estados - SUDS e o SUS - que dividiam os recursos pelos procedimentos ambulatorial e hospitalar. Como a diálise está inserida no procedimento ambulatorial, teve como responsáveis pelo pagamento e controle dos procedimentos as secretarias estaduais de saúde, e o transplante, por ser um procedimento hospitalar, a esfera federal. Assim sendo, os centros de diálise não

submeteram as diretrizes nem enviaram qualquer informação ao Sirc-Trans, e Sipac-Rim, que estavam ligados ao ministério da saúde. Em 1991 o Sipac-Rim se autodissolveu¹⁰.

Em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS - aprovado pela Constituição Federal que, devido a tensões existentes entre aqueles defendiam os sistemas nacionais de saúde e os liberais privatistas, o SUS constituiu-se por miríades de combinações existentes entre eles. Campos em sua análise registra que,

Desde a VIII Conferência até o texto legal que deu origem ao SUS, optou-se por não haver nacionalização ou estatização de hospitais privados ou filantrópicos. Para assegurar atenção hospitalar e especializada aos usuários, o SUS manteve a política de compra de serviços, mediante convênios, ao setor privado. Até os dias de hoje, 60% da capacidade hospitalar utilizada pelo SUS são de hospitais filantrópicos ou privados. Este acordo, provavelmente, atenuou a possibilidade, verificada em outras reformas sanitárias, do setor hospitalar e de parte importante da categoria médica opor-se ao SUS. No entanto, este arranjo trouxe problemas para a gestão do sistema. A manutenção da forma privada de propriedade e o importante grau de autonomia conservado por estes serviços contribuíram para a fragmentação do sistema (ainda quando dito "único"), dificultando sua integração ao sistema. Mesmo a forma de compra de serviços não foi ainda totalmente substituída por formas de relação sistêmicas ou globais, como seria o caso de contratos de gestão entre SUS e conveniados (CAMPOS, 2007, p. 08).

Tal fato influenciou, também, na construção de um sistema integrado de atendimento às pessoas portadoras de doença renal crônica, materializado na Portaria 38 do Ministério da Saúde, em 03 de março de 1994, que objetivava normatizar os serviços de diálise e transplante, credenciar estes serviços, bem como vincular os centros de diálise ao centro transplantador. As inscrições das pessoas portadoras de doença renal crônica deviam estar atreladas à lista de espera.

A portaria 38\1994 priorizou os serviços de alta complexidade e, segundo Coelho (1996), devido à insuficiência de recursos que o Ministério da Saúde disponibilizava para sua implementação, somada às diferenças regionais, a referida portaria não alcançou o impacto desejado. Ademais a abordagem integral de atendimento às pessoas com doença renal ficava restrita ao atendimento na alta complexidade sem envolver os outros níveis de atenção.

¹⁰ Em 1990, governo Collor, é criado a Divisão Nacional de Procedimento de Alta Complexidade, o Sistema Integrado de Procedimento de Alta Complexidade- SIPAC- Rim foi um dos 11 sistemas integrado de alta complexidade criada por esta divisão.

O pouco controle e informação sobre a quantidade, a qualidade dos tratamentos para os pacientes renais, bem como a “tragédia da hemodiálise de Caruaru¹¹”, em fevereiro de 1996, foram fatores que contribuíram para que o Estado estabelecesse uma nova política regulatória para o setor. Instituiu-se, assim, a Portaria 2.042\96, estabelecendo o “Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1996, p.01). Essa Portaria definiu tanto aspectos relacionados aos serviços de diálise quanto aspectos relacionados às unidades transplantadoras, estabeleceu os procedimentos e parâmetros operacionais, os recursos humanos e a infraestrutura. Percebeu o usuário como integrante do processo de tratamento, quando estabeleceu obrigatoriedade de informar ao paciente sobre os benefícios e os riscos de cada modalidade de tratamento diferente.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.043/96 referente à Autorização de Procedimento de Alto Custo em Alta Complexidade – APAC - determinou, dentre várias portarias, a implantação da APAC no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e a necessidade de normatizar a forma de autorização desses procedimentos. E determinou a substituição das máquinas de diálise produzidas no Brasil por de duas empresas multinacionais (CHERCHIGLIA, 2006).

É importante registrar que mesmo após a implementação do SUS o atendimento às pessoas portadoras de doença renal continuava concentrado na alta complexidade através das terapias renais substitutivas- TRS - que eram realizadas em sua maioria pela rede privada. Em 1996, “considerando o Brasil em seu conjunto, temos que, dos gastos relacionados com a Terapia Renal Substitutiva, 61,76% vão para os prestadores privados e 28,58% vão para os filantrópicos” (RIBEIRO, 1998, p. 24).

Coelho (1996) analisa que os investimentos para a prevenção são insuficientes para promover a redução do número de pessoas com doença renal crônica. Ademais, observa-se que 2\3 dos casos de doença renal crônica são

¹¹ ‘Tragédia da Hemodiálise’, responsável pela morte de mais de 70 pessoas e a contaminação direta de 142 pacientes, através da Microcystina LR, substância presente na água utilizada no serviço de hemodiálise da ‘clínica da morte’, como o IDR ficou conhecido. (Ministério Público de Pernambuco, disponível em: <http://www.mp.pe.gov.br/index.pl/clipagem2002_vitimas> acesso em: em 15.08.2012)

provenientes da diabetes mellitus e hipertensão arterial, doenças controladas por ações de prevenção e promoção.

Com o objetivo de realizar um diagnóstico sobre a situação da doença renal no Brasil, em 2002 instituiu-se um grupo de trabalho que culminou na Regulamentação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal através da Portaria nº 1.168 de 15 de julho de 2004. Identificamos neste momento a preocupação com a prevenção e a promoção nos diferentes níveis de complexidade, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde, “substituindo um conjunto desarticulado de medidas técnicas e regulatórias que caracterizaram o atendimento aos doentes renais crônicos nos últimos quarenta anos” (CHERCHIGLIA, 2006, p.14)

No mesmo período é instituída a Resolução Diretoria Colegiada- RDC nº 154 de 15 de julho de 2004 - da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, como complemento da Política.

O atendimento ao paciente renal no Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco é organizado pelos setores ambulatorial, diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), transplante¹² e enfermagem. Esses setores estão inseridos nos níveis de atenção de média e alta complexidade do SUS. A inserção dos usuários nestes serviços deve ser através de encaminhamento advindos da atenção básica, como estabelece a Política de Saúde bem como a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal que,

[...] impõe a criação de um modelo de atenção e gestão em que os pacientes sejam abordados de forma integral e integrada, com medidas de curto, médio e longo prazo, buscando modificar de forma positiva o perfil epidemiológico da doença renal no Brasil (BRASIL, 2004, p.3-4).

Entretanto o que observamos no cotidiano de nossa prática profissional é o crescente aumento de pessoas com indicação para diálise. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN – em junho de 2012 existiam cerca de 92 mil pacientes em diálise no Brasil. Nos últimos dez anos, esse número cresceu 115%

¹² “Transplante Renal: forma de tratamento em que o paciente recebe um rim de um doador (vivo ou cadáver). Neste tratamento o paciente tem que fazer uso de drogas imunossupressoras (medicações que inibem a reação do organismo contra organismos estranhos, neste caso o rim de outra pessoa) para evitar a rejeição do “novo rim”. Necessita de acompanhamento médico contínuo.” (Minidicionário do Paciente Renal- www.sbn.org.br acessado 08.09.2012).

e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano.

Observamos também um aumento da demanda dos usuários atendidos no serviço de nefrologia do HC UFPE advindos de Unidades de Pronto Atendimento - UPA, provavelmente por ineficiência ou dificuldade de acesso à rede básica de saúde; em estágio avançado da doença e pouca clareza em relação ao que estabelece a política de atenção ao portador de doença renal.

Sobre este último aspecto, o Ministério da Saúde comprometeu-se a fomentar o processo de discussão acerca da Política Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal através de disseminação de informações, a partir de novas tecnologias, que até o momento ainda não estão disponíveis. Destarte, mesmo considerando a importância das conquistas na promulgação das leis, transformando necessidades e carências em direitos, exige muito esforço para se aplicar o que rege a legislação transformando-a em serviços concretos para os usuários (RIBEIRO, 1998).

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal – PNAPDR, registrou na sua justificativa os dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, de 30 de outubro de 2002, referentes ao crescente número de morbi-mortalidade por doenças crônicas não infecciosas e das condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva para instituir a referida Política.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN - no censo de 2010 registrou que 49.077 pessoas estavam em programa dialítico¹³, 85,8% tendo como fonte pagadora o SUS. No censo de 2011, registra que 50.128 pessoas estão em tratamento dialítico¹⁴, 84,9% tem o SUS como fonte pagadora¹⁵. É relevante esclarecer que o percentual da fonte pagadora ilustrado pelo censo é advindo dos dados das unidades que responderam ao formulário disponibilizado pela SBN, portanto este percentual pode ser maior do que o demonstrado.

¹³ Importante registrar que das 682 clínicas de diálise cadastradas na SBN, apenas 340 (53,3%) responderam o formulário fornecido por esta instituição.

¹⁴ Número de clínicas de diálise cadastrada na SBN são de 687, entretanto apenas 353 (54,9) responderam ao formulário do censo de 2011 da SBN

¹⁵ Portaria nº 165, de 7 de março de 2012 alterar os valores de remuneração dos procedimentos de Terapia Renal Hemodiálise – R\$ 170,50, hemodiálise em portador de HIV R\$ 252,77, até 3 sessões por semana.

O serviço de diálise está inserido na alta complexidade do SUS, o qual, segundo a Política Nacional de Atenção ao Portador de doença Renal “é frequentemente responsabilizada pelos custos elevados despendidos em saúde.” (BRASIL, 2004, p. 4). Além disso, e de acordo com a mesma fonte, a maioria dos usuários que utilizam estes serviços recebeu pouca ou nenhuma atenção na rede básica ou da média complexidade do ponto de vista das doenças renais crônicas não infecciosas, como é o caso da diabetes mellitus e hipertensão arterial que respondem como as principais causas da doença renal crônica.

No censo da SBN de 2010, o diagnóstico de base da doença renal crônica das pessoas em diálise no Brasil a diabetes e hipertensão representavam respectivamente 27,5% e 35,2%, em 2011 este percentual era de 28,4% e 35,1%. O fato pode sinalizar a possível falha na detecção precoce e no acompanhamento destes usuários na rede básica de saúde, na organização destes níveis de atenção do SUS.

No Estado de Pernambuco, segundo o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco - PE 2012-2015 - no ano de 2011, a diálise, na modalidade hemodiálise correspondeu a 39,61% do total de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, seguido pela radioterapia, 18,48%. Os demais procedimentos ambulatoriais neste nível de complexidade apresentaram percentual menor. O referido plano complementou ressaltando que

[...] 75,01% dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade são realizados na I Região de Saúde, apresentando o mesmo padrão do Estado quanto ao ranking por tipo de procedimento, 10,55% na IV região e 3,18% na II região; as demais regiões apresentam um percentual menor, com exceção da XII região que não realiza tais procedimentos¹⁶ (PES, 2011, p.101)

¹⁶ Municípios da I Região de Saúde Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Goiana, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife (Sede), São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão; II Região de Saúde- Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro (sede), Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência; IV Região de Saúde - Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerras, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Caruaru (Sede), Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes. XII Região de Saúde - Goiana (Sede), Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquianga, Macaparana, São Vicente Férrer, Timbaúba.

A secretaria de saúde de Pernambuco para administrar os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, criou 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), o que permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas. Observamos que os procedimentos de alta complexidade estão concentrados na I Região de Saúde, onde se insere o Hospital das Clínicas de Pernambuco – HC/ PE - unidade de referência estadual em nefrologia de Pernambuco.

No Estado de Pernambuco, através da Secretária de Saúde, são habilitados 21 (vinte e um) serviços de diálise. A maioria desses serviços, 19 (dezenove), é instituição de direito privado, conveniados ao SUS. Percebe-se que a participação dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS, que deveriam ser de forma complementar conforme a Portaria 3277/2006 continua a forma de assistência prevalente.

Enquanto no Hospital das Clínicas de Pernambuco a capacidade instalada¹⁷ para atender pacientes em diálise é de aproximadamente 70 pessoas, as clínicas satélites atendem o total permitido pelo Decreto 154 de 2004, de 200 pacientes, fato que pode estar relacionado ao contexto histórico e à desfinanceirização dos Hospitais Universitários no Brasil.

2.2 Hospitais Universitários: sua inserção na rede integrada do SUS

As práticas de ensino em saúde das faculdades de medicina, até as décadas de 1940 e 1950, eram exercidas nos hospitais filantrópicos. Entretanto, tais práticas tinham objetivos distintos: a faculdade tinha como finalidade a formação dos alunos, enquanto os hospitais filantrópicos tinham suas ações voltadas para a assistência (CALDAS JUNIOR, 1999).

Conforme a mesma fonte, diante da pressão dos dirigentes das faculdades de medicina foi instituído em 1948 o primeiro hospital das clínicas ligado a uma Universidade Federal, em Salvador – Bahia -, a partir de então, expande-se a criação dos hospitais universitários em quase todas as unidades federativas do Brasil, sendo a referência do sistema de formação dos alunos de medicina.

¹⁷ Conforme determinação da Resolução 154/2004 quanto aos recursos humanos em relação ao número de pessoas em programa hemodialítico.

Na década acima citada, o sistema de ensino era estruturado pelo regime de cátedra, como núcleo das instituições de ensino superior. A unidade de ensino e pesquisa docente era de responsabilidade e domínio de um professor, catedrático. Destarte, sendo os hospitais das clínicas ligados a universidades, os professores catedráticos tinham o poder legitimado para decidir sobre ocupação dos espaços físicos destes hospitais, bem como a dinâmica de funcionamento dos ambulatórios e enfermarias em detrimento das normas de administração hospitalar.

O privilégio do professor catedrático ganha força com as Constituições de 1934 e 1946, entretanto em 1968, esse sistema de ensino por cátedras é extinta na organização do ensino superior mediante a Lei nº 5.540/68, que determina normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. (FAVERO, 2006; CARMO, 2006).

É no período de sistema de cátedra que instituiu-se o Hospital das Clínicas, ligado à Universidade do Recife, atualmente Universidade Federal de Pernambuco – UFPE - no ano de 1954, anteriormente Hospital Pedro II¹⁸, ligado à Santa Casa de Misericórdia, conforme a lógica das práticas de ensino das faculdades de medicina no Brasil, que utilizavam os hospitais filantrópicos como espaço de estudo, pesquisa e intervenções, conforme dito anteriormente. Entretanto o Hospital das Clínicas ocupou o prédio do Hospital Pedro II por 25 anos e, em 1979, foi transferido para o campus da Universidade Federal de Pernambuco (GUIMARÃES, 2001).

O referido autor destacou que a transferência do hospital para o novo espaço não ocorreu de forma tranquila, haja vista a possibilidade de os professores terem que compartilhar conjuntamente os laboratórios, enfermarias, ambulatórios que antes eram específicos para cada clínica. Em determinados serviços havia até arquivo próprio, o prontuário do paciente era específico para determinada clínica. O sistema de cátedra não mais existia, entretanto continuaram a existir os feudos, que não foram totalmente extintos na transferência do hospital para o campus.

Mesmo na efervescência do movimento de democratização e reformulação das práticas em saúde, os hospitais universitários, antes da década de 80, tinham suas ações direcionadas ao treinamento em serviço, especialmente dos profissionais médicos, sem vinculação com o sistema de saúde, pois os hospitais

¹⁸ O Hospital Pedro II foi o primeiro hospital escola da Cidade do Recife, tem sua origem no ano de 1920, com a criação da Faculdade de Medicina do Recife.

universitários não eram considerados estratégicos para o Ministério de Saúde como rede de atendimento.

Com a promulgação da Constituição de 1988, “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde- SUS” (BRASIL, 1990). A partir de então, os hospitais universitários passam a integrar o SUS, conforme a Lei 8.080\90 no seu Art. 45, o qual determina que,

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

A inserção dos hospitais universitários na rede de atenção à saúde do SUS se deu de forma lenta, marcada por contradições e conflitos e com muitas indefinições devido às peculiaridades históricas dessas instituições. Além disso, a implementação do SUS ocorre num contexto reformista de orientação neoliberal, norteadado pela reforma administrativa do Estado, através do Ministério de Administração e Reforma do Estado, que introduzia práticas gerenciais advindas do setor privado, conforme dito anteriormente.

O financiamento desses hospitais é oriundo dos ministérios da educação e Cultura – MEC - e da saúde, cabendo o primeiro o pagamento dos proventos aos servidores ativos e aposentados. O orçamento transferido pelo Ministério da Saúde é rubricado para as despesas com custeio, abastecimento e manutenção da instituição, e de capital, obras e material permanente. Em 1991 foi sancionada a Portaria Nº 15 pela Secretaria Nacional de Assistência a Saúde que definiu a ascensão automática mensal do índice de Valorização Hospitalar dos Hospitais Integrantes do Sistema de Informações Hospitalares – SIA/SUS - criou exclusivamente para os hospitais universitários um valor de incentivo para o desenvolvimento de ensino e pesquisa em saúde, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa – FIDEPS - e possibilitou um acréscimo de até 75% nos procedimentos médicos faturados conforme classificação dos hospitais universitários. No ano de 2001, através da Portaria GM 765, altera a forma deste incentivo, em seu artigo 1º e 2º,

Art. 1º Estabelecer que os percentuais do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento e Pesquisa – FIDEPS deixam de incidir sobre os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC, constantes do Anexo desta Portaria. Art. 2º Fixar, na forma do Anexo desta Portaria, os novos valores dos procedimentos da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS (BRASIL, 2001).

O valor desta tabela de procedimentos ficou defasado o que ocasionou um déficit total de 30 milhões reais entre o que é produzido e o que é pago, e em 2010 os Hospitais Universitários estavam com uma dívida de 425 milhões de reais, maior do que a proposta de repasse do Banco Mundial para a Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF (CISLAGHI, 2011).

Conforme a mesma fonte, a crise se intensificou com a contratação de profissionais terceirizados, consequência da falta histórica de reposição de profissionais através de concursos públicos. Para tanto utilizou em 2001 uma média de 36% da verba de custeio do SUS para contratação de profissionais por meio da terceirização. Essas contratações, durante algum tempo, eram através de fundações de apoio ou cooperativas, que não forneciam garantia de direitos trabalhistas e as remunerações eram baixas, fato condenado pelo Tribunal de Contas da União – TCU. A passagem de contratos para as universidades aumentou ainda mais a dívida dos HUs.

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES - esses hospitais acumularam uma dívida de R\$ 400 milhões com fornecedores e com processos trabalhistas. Neste contexto, proporcionaram dificuldades associadas à manutenção dessas instituições, impedindo que os HU exercessem plenamente suas funções primordiais, quais sejam: formação de profissionais, assistência à saúde, produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde. Responsáveis por atendimento de média e alta complexidade e pelos transplantes sofriam com falta de pessoal e gastos com terceirizados (CEBES, 2011).

Em 2011, os hospitais universitários tinham 70.373 profissionais, dos quais 26.500 eram terceirizados. O MEC, em levantamento realizado no ano de 2009 reconhecia que 59,03% do total eram servidores federais concursados e contratados por regime jurídico único; os demais trabalhavam pela Consolidação das Leis

Trabalhistas – CLT - sendo terceirizados, autônomos ou cedidos por outros órgãos. Divulga também que neste mesmo ano havia 10.277 leitos ativos e 1.188 fechados (CEBES, 2011)..

Mesmo com a precarização e desfinanciarização dos HUs, o Ministério da Educação registra a importância desses hospitais universitários para a formação e assistência à saúde, conforme registrado abaixo,

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. (BRASIL, 2012).

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC\UFPE- segundo o Planejamento Estratégico 2011 a 2016 tem em seu quadro, aproximadamente, 2.138 servidores públicos, destes 1.614 sob o Regime Jurídico Único – RJU - 122 cedidos de outros órgãos e 392 terceirizados. O número de profissionais terceirizados diminuiu em relação ao início de 2010, acatando parcialmente o acórdão do TCU no ano de 2006, que determinava a substituição dos profissionais terceirizados por servidores concursados.

Entre maio de 2010 e agosto de 2011, o Hospital das Clínicas UFPE recebeu 437 novos servidores, sendo 40% de cargos administrativos e 60% da área assistencial, advindos dos concursos do ano de 2010, edital nº 08 de 19 de fevereiro e 2011, edital nº 38 e 39 de 14 de abril. Esses profissionais substituíram os 450 profissionais terceirizados. Observa-se que o número de admissões por concurso é menor do que as demissões realizadas pelo Instituto Desenvolvimento Social – IDS - instituição que tinha contrato com o HC UFPE de terceirização dos profissionais.

Além do fato, é importante destacar que já ocorria déficit de pessoal no período da contratação com o IDS. Em 2012 foi realizado outro concurso para provimento de cargo permanente para UFPE, entretanto não estava restrito ao hospital das clínicas, portanto não supriu o déficit existente.

O Hospital das Clínicas de Pernambuco tem como missão “Prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida” e como visão “Ser referência nacional e internacional como hospital público universitário fortalecendo o Sistema Único de Saúde - SUS” (UFPE, 2010, p.18).

Missão e visão direcionadas a atender o que estabelece a Lei 8080/1990, quanto à participação integral na rede do SUS, quanto à garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, bem como cumprir o que estabelece o Art. 207 da CF/88 “As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL,1988, p.17).

Entretanto verifica-se que a atual tendência para gestões dos HUs é a privatização, conseqüentemente a mercantilização da saúde, através da implantação da EBSEH, que desde a sua criação funciona nas dependências do MEC, e pressiona os hospitais universitários a fazerem adesão a mesma, mesmo após a Ação direta de Inconstitucionalidade - ADIN – contra a Lei 12.550/2011, que cria a EBSEH. Para Roberto Gurgel, procurador Geral da República, a lei viola dispositivos constitucionais ao atribuir à EBSEH a prestação de um serviço público, de responsabilidade do Estado.

Na redução do Estado, importa dizer para quem o Estado sofrerá cortes: para a população usuária, que no Brasil tem classe social, já que aos hospitais públicos assomam os pobres. Importa notar que não há redução do Estado de modo igual para as diferentes classes que, em tensão, o demandam para o atendimento de suas necessidades. As necessidades do capital monopolista vincado pelas finanças são as de ampliação de seus espaços de acumulação e realização do lucro, seu objetivo primário; atualmente, esta possibilidade está na privatização das políticas sociais (GRANEMANN, 2007, p. 33)

Quando se trata de uma política específica, como a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, que

[...] impõe a criação de um modelo de atenção e gestão em que os pacientes sejam abordados de forma integral e integrada, com medidas de curto, médio e longo prazo, buscando modificar de forma positiva o perfil epidemiológico da doença renal no Brasil (BRASIL,2004, p.3-4).

Entretanto o que se observa é o crescente aumento de pessoas com indicação para diálise. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN – em junho de 2012 existiam aproximadamente, 92 mil pacientes em diálise no Brasil. Registra que nos últimos dez anos, esse número cresceu 115% e prevê o aumento em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano.

Observa-se também um aumento da demanda dos usuários advindos de Unidades de Pronto Atendimentos - UPAs, provavelmente por ineficiência ou dificuldade de acesso à rede básica de saúde em estágio avançado da doença, a ineficiência nos processos de referência e contrarreferência e a pouca clareza em relação ao que estabelece a política de atenção ao portador de doença renal.

O Ministério da Saúde comprometeu-se a fomentar o processo de discussão acerca da Política Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal através de disseminação de informações, a partir de novas tecnologias, que até o momento ainda não estão disponíveis (CONASS, 2007, p. 82).

Destarte, mesmo considerando a importância das conquistas na promulgação das leis, transformando necessidades e carências em direitos, exige muito esforço para se aplicar o que rege a legislação transformando-a em serviços concretos para os usuários.

Capítulo 3: Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal x Projeto Privatista

3.1 Percurso Metodológico

O estudo partiu de uma inquietação profissional, que se originou no cotidiano da nossa prática profissional como assistente social, especificamente no Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco, que é composto pelo serviço ambulatorial, de diálise, transplante e enfermarias.

Observamos que a locação dos profissionais de serviço social esteve, na sua grande maioria, nos serviços de enfermarias do HC/UFPE, e o serviço de nefrologia não se diferencia desta realidade. Obstante ser a diálise um procedimento ambulatorial, sua estrutura fica na mesma ala da enfermaria, para atender as exigências da Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA - de nº 154/ 2004 a qual estabelece que o funcionamento técnico para os serviços de diálise, dentre outros, exige a vinculação do assistente social na composição da equipe multiprofissional.

Vale salientar que anterior a essa resolução havia uma série de Portarias, Decretos e Resoluções que regiam a estrutura e os serviços de nefrologia, configurando-se em normativa fragmentada. Neste sentido, com a elaboração da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, o modelo de atendimento é redirecionado.

Notamos que a referida Política está sintonizada com o princípio a e diretriz do SUS, quais sejam: integralidade e hierarquização. Entretanto em 2004, ano de sua implantação, há uma série de tensões na Política de Saúde decorrentes da disputa acirrada entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista de saúde.

O que nos levou a indagar como uma política sintonizada com o SUS, especialmente com seu princípio e diretriz alinhados com o movimento de reforma sanitária, cujo projeto para a saúde é reconhecido como historicamente de caráter progressista com ênfase no público, efetiva-se num contexto de disputa, especialmente de perdas de direitos, e privatização no âmbito da política de saúde, que são consideradas como retrocesso?

A partir de tal indagação colocamos como objetivo geral do estudo Compreender as contradições presentes na implementação da PNAPDR no Hospital das Clínicas de Pernambuco e como objetivos específicos: 1) Identificar as particularidades da PNAPDR; 2) Compreender as mediações existentes na relação entre a política de saúde e PNAPDR e, 3) Verificar as tendências gerais da Política de Saúde de Saúde no âmbito da atenção da média e alta complexidade do SUS;

Os procedimentos teórico metodológicos utilizados para o desenvolvimento da presente investigação buscou relacionar o particular e o geral, sem perder de vista a totalidade, que significa,

(...) de um lado, que a realidade objetiva é um todo coerente em que cada elemento está, de uma maneira ou de outra, em relação com cada elemento e, de outro lado, que essas relações formam, na própria realidade objetiva, correlações concretas, conjuntos, unidades, ligados entre si de maneiras completamente diversas, mas sempre determinadas (LUKÁCS,1967, p.240).

Determinado pelos processos históricos, econômicos, sociais, políticos que permeiam o objeto de estudo, permitindo a apreensão das contradições e articulações do problema em tela.

Utilizamos como técnica a análise de documentos e a observação participante. No que se refere à análise dos documentos foram utilizados os de domínio público, quais sejam: a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, a Resolução 154/2004, a Lei 12.550/2011, que cria a EBSEH, seu estatuto e regimento interno. E ainda os documentos produzidos no HC por seus profissionais: relatórios do serviço social e da enfermagem; manual de procedimentos da enfermagem; livro de registro do plantão do serviço social.

A observação participante foi realizada em situação de reuniões com a equipe multiprofissional e do cotidiano da prática profissional. As estratégias e as técnicas escolhidas possibilitaram apreender as determinações e mediações presentes na implementação de uma política específica.

3.2 Caracterização e análise da PNAPDR

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal instituída em 2004 é estruturada a partir do modelo de atenção e gestão do Sistema Único de

Saúde- SUS. Em sua estruturação a política apresenta como itens principais: ***Modelo de Atenção, Modelo de Gestão, Incorporação Tecnológica e Financiamento da Alta Complexidade.***

3.2.1 Modelo de Atenção

A política explana o resultado do relatório da Organização Mundial da Saúde – MS - do ano de 2002; o mesmo defende disseminar campanhas que estimulem a redução do tabagismo, do consumo de comidas gordurosas e salgadas para uma aquisição de hábitos saudáveis como dieta equilibrada, atividades físicas sistemáticas, com o propósito de controle da hipertensão e diabetes. Segundo o relatório propiciaria uma redução em 50% da mortalidade por doenças cardiovasculares. Ressalta ainda que a diabetes e hipertensão “respondem como as principais causas de doença renal crônica” (BRASIL, 2004, p.07).

Utiliza a Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS\SUS 01-02 para reforçar a necessidade de hierarquizar os serviços de atenção às pessoas portadoras de doença renal, que vinha ocorrendo prioritariamente na atenção de alta complexidade. A NOAS\SUS 01-02 estabelece que o controle das doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus estão inseridas, dentre as sete áreas prioritárias, na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Contudo a PNAPDR analisa que o controle destas doenças crônicas, executado pela Estratégia de Saúde da Família – ESF - não tem sido eficiente, ocasionando gastos de mais de doze bilhões anuais na alta complexidade, o equivalente a 30% de todo orçamento da saúde, e que por isso, registrou a preocupação com a mercantilização da saúde

A aquisição de novas tecnologias deve responder a uma demanda de necessidade em saúde, geralmente partindo da própria atenção básica. E não um demanda de mercado, como se vê hoje, ou seja, “investir em saúde” quase sempre é uma aplicação com lucro certo e alto – a rede privada adquire uma nova tecnologia, daí para encontrar a clientela, em meio à falta de atuação dos órgãos públicos, é só uma questão de tempo e poder de convencimento do “investidor” (BRASIL, 2004, p.8).

O diagnóstico de mercantilização da política de saúde na alta complexidade sinaliza a necessidade de reversão desse quadro. Para tanto propôs como estratégia

a: *Inversão do Modelo de Atendimento, Integralidade das Ações e o Processo de Trabalho*. A *Inversão do Modelo de Atendimento* se baseia na priorização da prevenção e promoção do atendimento na atenção básica e a referência para a média e alta complexidade quando necessário. Porém, esta priorização do atendimento na atenção básica está longe de representar a reorganização do que prevê o SUS quanto à diretriz da hierarquização dos serviços.

Isto ocorre em razão da focalização atual da atenção básica, no atendimento de saúde das populações mais vulneráveis, o que fere o princípio da universalização do atendimento em todos os níveis de atenção, e segue as orientações do Banco Mundial – BM. Segundo Correia,

Configura-se, assim, a seletividade e a focalização da assistência à saúde. Seguindo essa direção, o Estado brasileiro vem priorizando a atenção básica, através de uma política de indução financeira – PAB variável, PACS e PSF, ao tempo que a rede privada especializa-se na alta complexidade. O financiamento federal induziu o setor público a assumir a atenção básica e o setor privado a assumir a alta complexidade, através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC), e da remuneração diferenciada de procedimentos mais complexos, pela tabela do SUS (CORREIA 2007, p. 07).

No que se refere à *Integralidade das Ações*, outro item destacado pela PNAPDR, constatamos que a definição deste princípio na referida política considera as dimensões do processo saúde-doença, que significa oferecer os serviços imprescindíveis às necessidades do usuário, sejam eles na atenção básica, média ou alta complexidade, bem como a articulação com as demais políticas sociais, isto é, a intersectorialidade das ações.

A definição de integralidade na Lei 8080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, como sendo o “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, p.03).

Neste sentido, observamos que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal acrescentou a intersectorialidade como parte da integralidade, envolvendo as demais políticas sociais como essenciais na atenção à saúde.

Entretanto verifica-se a fragilidade de sua efetivação, conforme reflexões de Severo (2012) acerca do princípio da integralidade na política de saúde. A autora observa que

Nas reflexões realizadas sobre a apropriação da integralidade, tanto nos documentos das Conferências como no do Plano Estadual de Saúde de Pernambuco pudemos verificar, a partir do que foi analisado acerca da apropriação do princípio no marco jurídico e no debate teórico conceitual, uma tendência em se destacar o princípio como fundamental à garantia da saúde em seu sentido ampliado como direito e como serviço. Entretanto, nos documentos analisados, esse discurso parece ser feito como elemento de retórica, com a frágil apresentação de resoluções e propostas que apontem para a real concretização desse princípio (SEVERO, 2012, p 98).

Fato que se assemelha ao que está posto na PNAPDR na operacionalização deste princípio. De acordo com a política a operacionalidade da integralidade prioriza o primeiro atendimento na atenção básica, pois “é nesse nível que deve ocorrer o acolhimento e a construção de vínculos com as equipes de saúde” (BRASIL, 2004, p. 10). Entretanto, nos resultados da Caravana nas Comunidades 2013, realizada no período de 22 de abril a 27 de maio de 2013 pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE - e do Sindicato dos Médicos do Estado de Pernambuco - SIMEPE foi demonstrado a fragilidade e a precariedade existentes neste nível de atenção, que sofre com a falta de médicos e medicamentos e a infraestrutura inadequada para o atendimento.

Contudo, é na atenção básica onde se deve realizar pela equipe multiprofissional a elaboração do projeto terapêutico, o acompanhamento da evolução dos casos bem como o encaminhamento para os outros níveis de atenção, conforme registra a PNAPDR. A referida política propõe, com isto, o aumento de resolutividade na rede básica.

Para tanto, a PNAPDR sugere organizar o *Processo de Trabalho*, em todos os níveis de atenção. Inicia com a constatação que “os modelos atuais das práticas sanitárias perderam seu rumo maior, que deve ser o da defesa radical da vida individual e coletiva” (BRASIL, 2004, p.11).

O conceito de processo de trabalho em saúde é empregado nas metodologias de trabalhos específicos de diversas áreas de saúde, favorecendo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. O processo de trabalho configura-se na dinâmica das intervenções sobre a atenção à saúde, os

modelos assistenciais, a gestão em saúde, o trabalho em equipe que possibilitem a abordagem tanto nos aspectos estruturais como nos aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação (MERHY e PEDUZZI, 2003).

A PNAPDR avalia que as práticas em saúde têm acontecido fragmentadas com foco nos procedimentos, e não nas necessidades do usuário, propõe ações de prevenção e promoção conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2006), que se caracteriza como

[...] um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Baseada na Política Nacional de Atenção Básica, a PNAPDR propõe reorganizar o processo de trabalho, para que a decisão dos cuidados seja resultado do projeto terapêutico formulado pela equipe de saúde, as ações sejam avaliadas a partir dos resultados da promoção e proteção e, não apenas, da produção de procedimentos.

Para finalizar o item **Modelo de Atenção**, a PNAPDR propôs a organização do atendimento nos três níveis de complexidade direcionados ao atendimento as pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Na atenção básica pontua as diretrizes gerais; a estruturação da rede; a atividades da equipe de referencia; o espaço físico; o fluxo; os protocolos clínicos; a regulação do trabalho dos profissionais da equipe; o modelo de capacitação; o monitoramento e a avaliação.

Chama-nos a atenção o item regulação do trabalho dos profissionais, pois este aponta a necessidade de capacitação dos profissionais visando à garantia de continuidade no serviço (BRASIL, 2004), diferentemente do que vem ocorrendo na média e alta complexidade do SUS, cuja precarização do trabalho são advindas, principalmente, nos contratos terceirizados.

No caso do HC\UFPE, em meados do ano 2010, os profissionais terceirizados foram substituídos pelos profissionais concursados, mas havia defasagem no quantitativo de profissionais necessários para atender a grande demanda existente; portanto, não houve ampliação do quadro, dificultando a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Um dos argumentos utilizados para a defesa da adesão do HC a EBSEH, é justamente solucionar o déficit de profissionais agilizando as contratações. A referida empresa terá seu próprio quadro pessoal, plano de cargo e carreira, fragilizando e fragmentando a organização dos trabalhadores.

No que se refere ao atendimento na média complexidade a PNAPDR organiza de forma minuciosa o fluxo de atendimento para pessoas portadoras de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Orienta para que o planejamento das ações seja realizado pela equipe de saúde, favorecendo a interdisciplinaridade, adotando os princípios da Política Nacional de Qualificação e a PNH, e indica a necessidade da participação social e da comunidade. Sobre a participação social, a PNAPDR não define como deverá ocorrer, diferentemente das demais ações propostas por esta política, a exemplo dos fluxos, estrutura física, dentre outros.

A média complexidade do HC/PE, referente ao serviço de nefrologia, é composto pelos ambulatórios de triagem, geral, glomeropatia, doença óssea, litíase/policístico, doença renal crônica, pré-transplante e pós-transplante. O fluxo de inserção dos usuários a estes ambulatórios, exceto de pré e pós transplante, segue os seguintes passos:

- possuir encaminhamento médico; este pode ser proveniente do profissional da atenção básica, média ou alta complexidade;
- agendamento da consulta;
- a primeira consulta será no ambulatório da triagem que identificará e encaminhará ao ambulatório específico ou, mesmo, ao de outra especialidade.

Conforme dados do setor de marcação de consulta do HC, o tempo de espera entre o agendamento e a consulta é de aproximadamente 03 meses. Esse tempo pode aumentar se considerarmos o período de espera dos usuários para a inserção no agendamento, fato que pode agravar o quadro clínico e emocional das pessoas.

No que se refere ao atendimento às pessoas portadoras de diabetes mellitus e hipertensão arterial na média complexidade, no HC/PE é realizado nos ambulatórios específicos de endocrinologia e cardiologia, respectivamente. No

entanto, nas nossas observações, o fluxo existente entre o ambulatório de nefrologia e cardiologia é prioritariamente para a realização dos exames cardiológicos, solicitados pelo médico nefrologista, não há discussão do caso para elaboração conjunta do projeto terapêutico.

No tocante à endocrinologia, o serviço ambulatorial, especificamente o ambulatório Conservador da Doença Renal Crônica- DRC - dispõe do profissional médico com especialidade em endocrinologia para o atendimento conjunto com o médico nefrologista aos usuários portadores de doença renal crônica, o que possibilita a elaboração conjunta de plano terapêutico.

Contudo, no cotidiano da nossa prática profissional como assistente social, notamos a fragilidade para que os fluxos de atendimento entre o serviço de nefrologia do HC\UFPE e a atenção básica se estabeleçam. Consideramos que tal fragilidade não é exclusiva dos serviços de nefrologia, tampouco do Hospital das Clínicas de Pernambuco, mas se refere à dificuldade de efetivação de referência e contra-referência, conforme a avaliação da SBN (2011).

Na alta complexidade o atendimento está direcionado à diálise, transplante e ao internamento hospitalar das pessoas portadoras de doença crônica. A política tem como objetivo para este nível de complexidade do SUS:

- Aumento da sobrevida do paciente;
- Redução da morbidade;
- Melhoria da qualidade de vida;
- Controle da qualidade da água utilizada em hemodiálise;
- Equidade de acesso à lista de espera para o transplante renal a todos que têm condições clínicas para submeter-se a essa modalidade terapêutica

Define que “os serviços que prestarão assistência ao SUS na alta complexidade são os Serviços de Diálise e os Centros de Referência em Nefrologia” (BRASIL, 2004, p. 28). Determina que as pessoas portadoras de doença renal crônica devem ser referenciadas pela atenção básica ou pela média complexidade.

Descreve as formas de atendimentos nos serviços de diálise. Esclarece:

- as modalidades da terapia renal substitutiva (Diálise Peritoneal, Hemodiálise);
- o direito do paciente em optar pela modalidade, quando não houver contraindicação para nenhum dos métodos;
- as providências do gestor e prestadores em relação ao acesso para o tratamento, como confecção de fístula ou implante do catéter para diálise, “este procedimento

deverá ser garantido ao paciente através de serviço hospitalar contratado\conveniado como o SUS, mediante Termo de Compromisso assinado entre o hospital, o serviço de diálise e o gestor local” (BRASIL, 2004, p.28);

- o acompanhamento pelos profissionais (médico, assistente social, nutricionista e psicólogos), garantia de internação nos casos de intercorrências clínicas ou cirúrgicas.

No que se refere ao transplante renal, as normatizações serão dadas pela Coordenadoria Geral de Transplante do Departamento de Atenção Especializada - DAE/ Secretaria Assistência a Saúde- SAS/ Ministério da Saúde – MS.

Diante do que estabelece a PNAPDR, observamos no serviço de nefrologia do HC \PE a dificuldade de as pessoas portadoras de doença renal crônica escolherem a modalidade dialítica devido ao encaminhamento tardio em serviço de nefrologia. Como consequência, a entrada será no programa dialítico na modalidade hemodiálise, única diálise que pode ser em caráter de urgência.

Fato não restrito ao Hospital das Clínicas de Pernambuco, conforme análise da SBN (2011) que avalia como uns dos principais problemas o subdiagnóstico e diagnóstico tardio da doença renal. Isso pode ser evitado com o diagnóstico precoce de DRC e a educação continuada dos profissionais das unidades de atenção básica, a inserção de nefrologista na rede primária e secundária visando a retardar a progressão da doença renal e preparar para a terapia renal substitutiva, dentre outras.

A estrutura do serviço de nefrologia do HC está organizada conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC - 154\2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise. Mesmo sendo a diálise, hemodiálise e diálise peritoneal intermitente, procedimento ambulatorial, esses serviços são realizados, no HC, na mesma ala que contém a enfermaria, haja vista este espaço ter como atender as exigências da resolução no que se refere à infraestrutura física.

No que tange ao número de atendimento no serviço de Hemodiálise e Diálise Peritoneal, no HC/PE, tem diminuído ao longo dos anos em comparação aos demais serviços de natureza jurídica privados de diálise, conforme registro

Tabela 2 - Frequência dos procedimentos de diálise peritoneal e hemodiálise, segundo estabelecimento de saúde e competência. Período: 2008 - 2013

Estabel-CNES-PE	2008	2009	2010	2011	2012	Jan-Mar/2013	Total
HOSPITAL DAS CLINICAS	9035	8369	6272	7047	8688	1673	41084
IMIP	7269	17932	21394	21216	20544	2986	91341
CASA DE SAUDE MARIA LUCINDA	0	0	0	0	3059	1479	4538
REAL HOSPITAL PORTUGUES	46721	46233	46401	46391	46504	7152	239402
MULTIRIM	33287	33483	32225	31386	31955	4924	167260
NEFROCLINICA	23239	22865	20163	15848	12506	1813	96434
PRONTO RIM	45058	46193	51767	51770	51129	8464	254381
NEFROCENTRO	44022	43097	45491	46972	43937	6230	229749
CLINICA DO RIM PETROLINA	14972	18508	18928	19395	24231	4151	100185
IDR	12548	11580	10598	9507	1117	0	45350
HOSP REG DO AG DR W FERREIRA	8724	783	0	0	0	0	9507
HOSPITAL BARAO DE LUCENA	7825	11812	6886	9286	9111	1448	46368
CLINICA DO RIM DE VITORIA	29525	30802	32578	33113	34409	5792	166219
CLINICA DO RIM	40798	41434	41551	40905	43987	8837	217512
C DE SAUDE PERPETUO SOCORRO	33165	32428	35932	37485	37710	5907	182627
PRORIM	21758	21657	21818	21855	22785	3941	113814
H DOS SERV DO ESTADO PE HSE	5214	4221	10657	11903	8745	0	40740
SOS RENAL	27389	26886	26915	29805	30133	4953	146081
SOS RIM	25468	39166	41545	45340	49464	8163	209146
CENTRO DE TRATAMENTO RENAL	37140	39486	40305	39544	39062	6485	202022
SOS RIM ARCOVERDE	15769	26436	28927	32183	38097	6323	147735
CTRMS	0	12548	20568	24432	27622	4362	89532
IMIP SALGUEIRO	0	316	7779	14581	14475	2447	39598
C D C	0	0	0	0	23763	4814	28577
Total	488926	536235	568700	589964	623033	102344	2909202

Fontes SIA/SUS em 13/06/2013

*Dados de 2013 referentes ao período de jan a março

Verifica-se, portanto, a redução do número de atendimento nos serviços de administração pública, dos quatro hospitais existentes, dois (Hospital Regional do Agreste Dr. Waldomiro Ferreira e Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco) atualmente não realizam mais procedimentos dialíticos e, os outros dois (Hospital Barão de Lucena e Hospital das Clínicas) teve diminuição dos atendimentos. Fato inversamente proporcional ao atendimento da rede de administração privada, que além de aumentar os atendimentos nas instituições já existentes, o Estado promove abertura de mais quatro instituições de administração privadas, neste período apresentado.

Conforme Correia (2011) trata-se da tendência de direcionar o fundo público para a reprodução do capital. Por conta do livre mercado, o setor privado procura se apropriar dos recursos destinados à política de saúde, através das articulações com o Estado.

3.2.2 Modelo de Gestão

A PNAPDR novamente sinaliza a preocupação com os interesses do mercado devido ao volume de recursos financeiros que são alocados na alta complexidade. Define neste item, os fluxos e procedimentos dos serviços

[...] na lógica do interesse público garantindo o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços necessários, com regras claras e universais possibilitando maior equidade, otimizando os recursos disponíveis, reorganizando a assistência, e apontando para um novo modelo de gestão” (BRASIL, 2004, p. 31).

Segundo Correia (2012) a proposta de um novo modelo de gestão é uma denominação dada para o repasse de recursos públicos da saúde para o setor privado através das Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e recentemente a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O modelo de gestão a ser implantado no HC/UFPE (EBSERH) se opõe ao modelo de gestão da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, que estabelece como princípio o interesse público por meio do pacto entre os usuários e prestadores de serviços de acordo com as diretrizes do SUS. Para tanto propõe:

- a) *organizar a rede de atendimento;*
- b) *humanizar os serviços prestados;*
- c) *capacitar profissionais de saúde;*
- d) *elaborar sistema de controle, avaliação e regulação;*
- e) *implantar sistema de informação em saúde e assistência farmacêutica.*

No item da *organização da rede de atendimento*, a proposta se dirige ao atendimento na alta complexidade do SUS, já que o modelo de atenção tratou da rede da atenção básica e da média complexidade. A rede de atendimento na alta

complexidade comporta os Serviços de Diálise e os Centros de Referência em Nefrologia.

Os serviços de diálise podem ser “de natureza pública ou privada, filantrópica ou lucrativa, vinculados ao SUS” (BRASIL, 2004, p. 33). Identificamos que no Estado de Pernambuco, estas instituições, cadastradas na SBN são, em sua maioria, instituições de esfera administrativa privada, conveniadas com o SUS, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 1 – Serviços de Diálise em Pernambuco

Instituições	Esfera Administrativa	Convênio SUS
Casa de Saúde Nsa. do Perpetuo Socorro	Privada	Sim
Casa de Saúde Maria Lucinda	Privada	Sim
Centro Tratamento Renal – CTR	Privada	Sim
Centro de Tratamento de Doenças Renais Mata Sul Ltda	Privada	Sim
Clinica de Diálise do Cabo – CDC	Privada	Sim
Clínica do Rim de Petrolina	Privada	Sim
Clínica do Rim de Vitória de Sto Antão Ltda	Privada	Sim
Clínica do Rim de Carpina Ltda	Privada	Sim
Clínica Nefrológica de Arcoverde	Privada	Sim
Hemonefro	Privada	Não
Hospital das Clínicas UFPE	Federal	Sim
Hospital Barão de Lucena	Estadual	Sim
Instituto de Doenças Renais – IDR	Privada	Sim
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP	Privada	Sim
Multirim	Privada	Sim
Nefrocentro	Privada	Sim
Nefroclinica	Privada	Sim
Prorim	Privada	Sim
Pronto-Rim	Privada	Sim
Real Hospital Português de Beneficência de PE	Privada	Sim
Renal Services Ltda	Privada	Não
SOS Rim	Privada	Sim
Unidade de Nefrologia Ltda	Privada	Não

Fonte: Elaborada através dos dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia e do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Verifica-se que das vinte e três instituições que executam programa de diálise, apenas duas são de natureza pública, Hospital Barão de Lucena e Hospital das Clínicas/PE, de administração direta, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. Caso o Hospital das Clínicas de Pernambuco venha a ser gerido pela EBSEH, o número de instituição que realiza diálise, com natureza de organização de administração direta cairá para uma no Estado de Pernambuco. Para Correia (2012) a EBSEH irá conduzir as ações pela lógica de mercado, tendo como princípio apenas o cumprimento de metas contidas no contrato de gestão, dificultando possivelmente a qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

A PNAPDR visando à qualidade e segurança das pessoas em programa hemodialítico estabelece o número máximo de usuários por serviço de diálise, quais sejam 200 pessoas. Quanto ao número mínimo de pessoas em diálise por serviço, define um número que seja viável economicamente para tais serviços de diálise, quais sejam 90 pessoas. Observamos, portanto, a preocupação da PNAPDR na permanência destes serviços privados de diálise no mercado.

No Hospital das Clínicas de Pernambuco, neste ano de 2013, o número de pessoas atendidas não chegaram ao mínimo estabelecido pela PNAPDR, conforme quadro abaixo:

Quadro 2- Pacientes atendidos no serviço de hemodiálise no HC/UFPE: 2013

	Jan	Fev	Marc	abr	Mai	Jun
HD	70	71	68	73	73	72

Fonte: Elaboração através dos dados da Tabela de monitoramento mensal de TRS do HC

O fato foi justificado, pela equipe de enfermagem em seus relatórios, pela insuficiência de técnicos e auxiliares de enfermagem para atender uma demanda maior, bem como pela morosidade na aquisição de peças ou manutenção dos maquinários (maquina de diálise) quando estes apresentam defeitos. Identificamos que a questão vai além da insuficiência de funcionários e de manutenção dos maquinários: está no processo de precarização dos hospitais universitários, na precariedade das políticas e práticas de recursos humanos, com insuficiência de profissionais, a não realização de concursos públicos para a ampliação dos

profissionais. No caso do HC, os concursos realizados foram para substituição dos técnicos terceirizados.

É relevante destacar que o número apresentado inclui os usuários internados que iniciaram a diálise na modalidade hemodiálise no HC, no período da internação; usuários que dialisam em outras instituições, mas estão internados no HC e necessitam de diálise; usuários que perderam o enxerto (transplante renal) e voltaram para a modalidade hemodiálise.

O declínio do atendimento também foi realidade no serviço de transplante renal do HC/ UFPE, conforme quadro abaixo,

Quadro 3 – % de Transplante Renal realizado no HC em relação ao total realizado em Pernambuco

Ano	Nº transplante renal PE	Nº transplante renal HC	% em relação ao total
2004	107	41	38,31
2005	98	46	46,93
2006	130	49	37,69
2007	115	38	33,04
2008	163	52	31,90
2009	181	16	8,83
2010	190	07	3,68
2011	199	08	4,02
2012	278	01	0,35

Fonte: Elaboração através dos dados na Secretaria de Transplante HC/UFPE e da Central de Transplante de Pernambuco

Dos quatro centros transplantadores de rins, apenas o HC é de natureza pública, os demais são de natureza privada, quais sejam: Hospital Português; IMIP (localizados na Cidade do Recife) e Casa de Saúde Santa Efigênia (localizado na Cidade de Caruaru). Os dados nos revelam a atual tendência da política de saúde pela parceria público- privado para o desenvolvimento das ações em saúde.

No tocante aos Centros de Referência em Nefrologia, estes além de realizar os procedimentos dialíticos terão que:

- ser indicado pelo gestor;

- contribuir com os gestores através de estudos de qualidade, de custo e efetividade tecnológica, no controle, regulação, avaliação dos serviços prestados as pessoas portadoras de doença renal bem como subsidiar a política de atenção ao portador de doença renal;
- contribuir no processo de capacitação nos polos específicos;
- ter base territorial de atuação definida;
- Integrar o sistema local e regional;
- conter estrutura de pesquisa e ensino, com programas e protocolos estabelecidos;
- conter aporte gerencial adequado para prezar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações oferecidas;

Tais Centros de Referência em Nefrologia devem ser localizados em hospitais públicos ou universidades públicas, poderão ser em instituição privada filantrópica quando não houver entidade ou universidade pública na região definida pelo Plano Diretor Regional do Estado- PDR.

Quanto ao *credenciamento e cadastramento e habilitação da rede de atendimento da alta complexidade* é de responsabilidade do gestor local, por conseguinte deverá o gestor encaminhar o processo de habilitação para a Coordenação Geral de Alta Complexidade da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério de Saúde.

O Hospital das Clínicas de Pernambuco como referência terciária (alta complexidade) possui habilitação nacional em nefrologia e referência estadual neste serviço (UFPE, 2012). Nas nossas pesquisas não encontramos nenhuma portaria ou decreto que determina o centro de referência em nefrologia no Estado de Pernambuco.

No que tange à *Humanização* dos serviços prestados são definidos parâmetros para monitoramento da atenção humanizada em todos os níveis de atenção: na atenção básica; na urgência e emergência; na atenção especializada e na atenção hospitalar. Na atenção hospitalar foram propostos três níveis de referência (C, B e A) como padrões para adesão à Política Nacional de Humanização- PNH¹⁹.

¹⁹ A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2003)

Observamos que os parâmetros para acompanhamento da PNAPDR têm como referência os parâmetros para acompanhamento de implementação da PNH, com alguns acréscimos. Esse acréscimo se restringe ao nível de referência como padrão na atenção hospitalar para adesão a PNH, que na Política de Humanização possui dois níveis e a PNAPDR, divide em três, porém não altera a proposta da PNH.

No que se refere à gestão participativa como prevê a PNH, especificamente no Hospital das Clínicas de Pernambuco, até o momento da pesquisa, não avançou. As decisões gerenciais continuam sendo unilaterais, pensadas apenas pelos profissionais que ocupam o cargo de direção, com ressalva para a elaboração do Planejamento Estratégicos 2011 a 2016, resultado da adesão ao Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública – no ano de 2009, que foi denominada como uma ação participativa porque envolveu os demais profissionais do HC, além dos profissionais que ocupam cargo de direção. Mas o monitoramento da implementação deste planejamento não tem a participação de todos os servidores incluídos na elaboração da proposta.

Quanto à *Capacitação de Recursos Humanos*, a PNAPDR criticou como vem sendo executada a formação dos profissionais, avaliou que tem estado centrada nos aspectos biológicos. Assim, a resolubilidade das ações pode ser maior quando se trata de doenças infectocontagiosas, das doenças preveníveis por vacina e nos casos de internação hospitalar, quando a gerência dos profissionais sobre a situação é maior, há controle da situação e o domínio das tecnologias de intervenção (BRASIL, 2004).

Diferentemente das ações de prevenção e promoção, prioritariamente realizadas na atenção básica, quando, os profissionais têm como desafio identificar a demanda, resultado das condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, a fim de que respeitem a autonomia dos usuários. Para tanto é necessária a capacidade de escuta e de diálogo, o que possibilita a elaboração de projetos terapêuticos visando à melhoria da qualidade de vida da população. A PNAPDR analisou que a priorização apenas no aspecto biológico não possibilitaria à equipe de saúde competência para desenvolver prática de prevenção e promoção, pois estaria centrado na doença (BRASIL, 2004).

O HC/UFPE avança neste sentido; como hospital-escola tem desenvolvido ações de estímulo à pesquisa, ao ensino, à discussão dos casos através das visitas

aos leitos, de reuniões multiprofissionais, bem como a implantação do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – PRIMIS em 2010, criada pela Lei 11.129 e regulamentada pela portaria interministerial Saúde e Educação, 2.117 de 03 de novembro de 2005. O referido programa tem como objetivo incentivar modelo de atenção integral e desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2009).

A possível adesão do Hospital das Clínicas de Pernambuco à EBSEH ameaça comprometer alguns dos projetos de pesquisas, pois sua realização exige autorização da direção (carta de anuência). Supõe-se que em outra lógica de gestão, os interesses do mercado privado podem prevalecer e gerar prejuízos para projetos de pesquisas que não estejam conectados com a produtividade mercantil e a geração de recursos financeiros imediatos. Bem como redirecionar as capacitações para a produtividade e cumprimento de metas, visando ao lucro.

Tomando isso em conta, ressalta-se que a capacitação dos profissionais e gestores da rede privada não está prevista nem na portaria 3.277 de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nem no Plano Estadual de Saúde de Pernambuco- PES 2012 a 2015, que estabelece a qualificação para os servidores da rede pública de saúde.

Tal fato pode interferir no fluxo de atendimento e organização dos serviços de atenção às pessoas portadoras de doença renal na alta complexidade, tendo em vista que 90,9% dos serviços de diálise em Pernambuco são desenvolvidas pela rede privada conveniada ao SUS.

A PNAPDR avaliou que há problemas no fluxo de atendimento, na organização dos serviços, na articulação entre os níveis de complexidade, referencia e contra-referência. Ressaltou que essas dificuldades não estão restritas à rede pública do SUS; estende-se à rede complementar, serviços privados, de acompanhamento de doenças crônicas não infecciosas, como a doença renal crônica.

Para tanto, a PNAPDR sugeriu que as capacitações se estruturam de forma a qualificar a equipe de saúde, levando em conta a dinâmica do serviço e, não apenas, os profissionais individualmente, bem como qualificar os gestores da atenção favorecendo a “readequação de fluxos, lógicas de circulação e recursos disponíveis” (BRASIL, 2004, p.40), considerando as especificidades das realidades locais.

A capacitação dos profissionais da atenção básica em saúde é o foco da PNAPDR, visando a “melhorar a qualidade de assistência às pessoas portadoras de diabetes *mellitus* e de hipertensão arterial” (BRASIL, 2004, p. 41), tendo os Centros de Referência em Nefrologia como parte integrante no processo de educação permanente.

O Plano Estadual de Saúde de Pernambuco - PES /PE 2011 a 2015 tem como diretriz estratégica a garantia da qualificação dos profissionais e servidores da saúde visando unificar os procedimentos, condutas e práticas da gestão do trabalho. A educação permanente também está como estratégia de ação da Política Nacional de Humanização, na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, políticas inseridas no Pacto pela Saúde de 2006.

No que se refere ao *Controle, Avaliação e Regulação*, a PNAPDR tem como objetivo

Sistematizar os conceitos de Controle Avaliação e Regulação, além dos critérios de encaminhamentos e acessos, bem como os fluxos necessários aos procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial, visando o ordenamento desses serviços (BRASIL, 2004, p. 42).

Neste mesmo ano de 2004, foi instituído o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS - por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC - do Ministério da Saúde. Este programa é uma reformulação do antigo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH -

[...] que se caracterizava por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002 (BRASIL, 2007, p.9).

Essa reformulação teve como objetivo tornar o programa mais amplo para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades da saúde. O objetivo do PNASS “é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde” (BRASIL, 2007, p.13).

O estudo piloto deste programa foi realizado em março de 2004 no Estado de Pernambuco. O HC Pernambuco foi uma das instituições hospitalares inclusas na

avaliação do PNAS. Foram avaliados em todo Brasil 5.626 serviços de saúde, destes 3.815 (68%) são hospitais gerais, 1.697 (30%) são ambulatório e 95 (2%) serviços isolados (60 maternidades, 23 TRS e 12 centros de alta complexidade em oncologia – CACO). Entretanto,

Os critérios menos avaliados foram aqueles característicos de hospitais de alta complexidade: Atenção Radioterápica 2,6%, Atenção Quimioterápica (4,1%) e Terapia Renal Substitutiva (5,2%), seguidos pelo critério de Terapia Intensiva (16,3%) e Hemoterapia (41,4%). Todos os demais critérios eram existentes em mais de 70% dos hospitais avaliados (PNAS, 2006, p.33).

A RDC 154/2004 no seu artigo 5º determina que os serviços de diálise têm que ser inspecionados e avaliados pelo menos duas vezes ao ano pela Vigilância Sanitária local. Como o HC/PE é uma instituição federal, é fiscalizada pela Vigilância Sanitária Nacional e Estadual, duas vezes por ano, conforme exigência da referida Resolução.

Sobre Regulação dos serviços de diálise, em Pernambuco foi instituído no segundo semestre do ano de 2010 a Central de Regulação de Hemodiálise, como prevê a PNAPDR, que tem como uma das atribuições regular as pessoas com indicação à diálise na modalidade hemodiálise as clínicas mais próximas da sua residência.

O pagamento das sessões de diálise está vinculado à senha emitida pela Central de Regulação, quando inclui ou transfere a pessoas com indicação médica a diálise na modalidade hemodiálise. Esta senha é disponibilizada aos serviços que pretendem transferir as pessoas para posteriormente fornecer aos serviços que irão recebê-las. Não é exigida a senha para a inclusão das pessoas que optaram ou foram indicadas à diálise peritoneal, pois ainda não há regulação para inclusão ou transferência dessas pessoas inseridas nesta modalidade.

Anterior à central de regulação de HD, o processo de transferência das pessoas em programa hemodialítico para as clínicas mais próximas de sua residência era realizado pelo profissional de serviço social através de articulação via telefone com as clínicas de diálise, fato que favorecia as clínicas a optar diante da situação clínica ou social do paciente pelo recebimento, ou não, dessas pessoas. Outro fato estava relacionado à inexistência de uma lista de espera, ocasionando um longo tempo para transferência ou mesmo inserção na diálise, para alguns.

Atualmente, a implementação da Central de Regulação de HD, a transferência ou inserção segue a lista de espera por local de residência, possibilitando agilidade na inserção ou transferência das pessoas com indicação à diálise ou mesmo que estão esperando alta hospitalar para dar continuidade ao tratamento renal substitutivo em processo ambulatorial.

Mesmo com a exigência da PNAPDR de haver um médico regulador, a central de regulação de Pernambuco realiza a inserção e transferência das pessoas nos serviços de hemodiálise baseada na indicação do médico assistente, e cabe ao setor de regulação inserir esta pessoa na clínica de diálise mais próxima de sua residência, assim que o serviço de diálise abre vagas.

A central de regulação de hemodiálise é uma das estratégias da PNAPDR para alimentar o sistema de informação quanto à capacidade instalada na rede pública e privada no cadastro nacional de estabelecimento de saúde – CNES, fato incipiente antes da implantação da central.

Quanto ao *Sistema de Informação em Saúde*, a PNAPDR utiliza como ferramenta a política de informação como instrumento para controle social, através do recursos adicionais como o Informe / SAS de Terapia Renal Substitutiva que devem apresentar relatórios atualizados. Identificamos como sistema de informação da TRS o Sistema do APAC do SUS que é complexo e de difícil entendimento para a população.

Fato que se assemelha com a proposta da EBSERH, pois prevê o controle social como mero consultivo, a existência de um único representante dos trabalhadores no seu conselho, retrocede quando comparamos com a proposta da reforma sanitária a qual propôs conselhos deliberativos com composição paritária entre sociedade civil e Estado (CISLAGHI, 2011).

No que se refere ao sistema da APAC, a PNAPDR denomina essa ferramenta como Informatização do Controle, que tem como objetivo a “Agilização do processo de avaliação e controle dos pacientes e prestadores de serviços de diálise, potencializando o papel dos auditores” (BRASIL, 2004, p. 52). Tal ferramenta será, apenas, de uso de gestores municipais e estaduais.

Observamos o direcionamento das informações para a prestação de contas para órgãos de controles fiscais e, não, para promover o controle social, e aqui nos reportamos ao controle social como dimensão de participação social na formulação,

monitoramento e avaliação das políticas públicas, definindo alocação de recursos para que estes atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2007).

No tocante à Assistência Farmacêutica, a PNAPDR adota protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, visando garantir à população acesso à medicação, denominada de medicação excepcional, eficaz e de qualidade para o tratamento de doenças cujos procedimentos são de alta complexidade, ao menor custo possível.

As pessoas portadoras de doença renal crônica na sua grande maioria fazem uso de medicação excepcional, fornecido pela farmácia do Estado. Até o ano de 2007 essa medicação era adquirida em uma única unidade localizada no antigo Hospital Pedro II, localizado no Bairro dos Coelhos na Cidade do Recife, que era de difícil acesso não só para os moradores da Região Metropolitana como para as que residiam no interior de Pernambuco. Outra dificuldade era a imensa fila para aquisição do medicamento, haja vista a concentração do fornecimento em uma única unidade para atender 12 mil usuários do SUS. Neste mesmo ano foi inaugurada uma nova matriz, na Rua Padre Inglês, no Bairro da Boa Vista, bairro em que circulam diversas linhas de transporte coletivo. Ocorreu, ainda, a descentralização da Secretaria Estadual de Saúde e ampliaram-se novas unidades nos municípios do interior de Pernambuco.

Atualmente, a farmácia do Estado funciona na Rua Oswaldo Cruz, no Bairro da Boa Vista. Além da unidade do centro do Recife, os pernambucanos podem ser atendidos em outras nove unidades: Caruaru, Garanhuns, Limoeiro, Arcoverde, Petrolina, Salgueiro, Afogados da Ingazeira e Petrolândia. Ainda existem as unidades itinerantes e o atendimento domiciliar, prestando atendimento a mais de 34 mil pessoas.

No caso de pessoas portadoras de doença renal crônica em programa dialítico, na modalidade hemodiálise, elas podem receber os medicamentos nos próprios serviços de diálise, através da farmácia itinerante, possibilitando maior acesso das pessoas, que estão em programa hemodialítico, às medicações bem como diminuído os custos dessas pessoas com passagens. Tal medida proporciona aos usuários tirar dúvidas sobre a posologia com a equipe de saúde que os assistem, diretamente.

3.2.3 Incorporação Tecnológica e Financiamento

A PNAPDR registra a importância das tecnologias na atenção a saúde dos usuários do SUS, todavia avalia que a rápida incorporação de novas tecnologias não se traduz em eficácia e que

[...] o aumento crescente dos gastos da saúde com tecnologias têm enfatizado a necessidade de técnicas de avaliação que analisem, com precisão, as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas, do desenvolvimento, difusão e uso de tecnologias em saúde (BRASIL, 2004, p.58).

Diante das especificidades da doença renal crônica, que requer a utilização de equipamento e dispositivos (máquina de diálise; medicamentos excepcionais; procedimentos diagnósticos e terapêuticos) que são comercializados por empresa privada, e que estão sempre inovando seu maquinário e produtos farmacêuticos, é necessário que novas tecnologias em saúde sejam avaliadas antes de inseri-las dentro das atividades de saúde do SUS, visando a evitar prejuízo à saúde dos usuários.

O que foi proposto pela PNAPDR como sistema de Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS – método de verificação de segurança, da eficácia de uma determinada tecnologia da saúde é se esta é economicamente atrativa em relação a outra alternativa de tratamento. Segundo registro do Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde – IATS - o objetivo da ATS é contribuir com os gestores do SUS e da rede suplementar nas decisões de novas tecnologias que podem ser disponibilizadas e no planejamento da alocação de recursos financeiros.

Entendemos a importância da ATS nas instituições de saúde pública, entretanto observamos que a referida ferramenta prioriza as avaliações econômicas, de custo-efetividade, impacto orçamentário e custo de oportunidade ao invés de priorizar a qualidade de vida dos usuários do SUS.

A PNAPDR priorizou alguns temas relacionados a ATS, quais sejam:

- Estudo sobre as opções de modalidade dialítica (hemodiálise ou diálise peritoneal) e transplante, que serão aferidos pelo aumento da sobrevivência associado a indicadores de qualidade de vida;
- Avaliação nacional da qualidade dos serviços de diálise, para tanto é necessário definir indicadores de avaliação e com estes definir a qualidade dos serviços para

contribuir com as clínicas de diálise para qualificar os serviços prestados aos usuários;

- Avaliação da questão das seguranças das máquinas de diálise e fortalecimento da indústria nacional;

- Análise do custo efetividade dos medicamentos imunossupressores usados no transplante renal;

Propõe também a criação de grupo de Avaliação Incorporação de Tecnologias em Saúde na área de TRS. Atualmente está sendo avaliada a RDC 154 de 2004 que estabelece o regulamento técnico para os serviços de diálise.

Assim, o direcionamento do atendimento às pessoas portadoras de doença renal, ainda está direcionado na sua essência à alta complexidade bem como aos critérios técnicos do funcionamento dos serviços de diálise em detrimento à integralidade do atendimento e promoção da saúde.

4. Considerações Finais

Nosso estudo centrou-se na PNAPDR por se tratar de um marco legal de organicidade do atendimento à pessoa portadora de doença renal, que era regido por decretos, portarias e resoluções pulverizadas, e por ser instrumento jurídico que norteia as ações de atenção ao portador de doença renal a ser desenvolvido por diferentes áreas profissionais. Entre estas, a área do serviço social.

A nossa fundamentação teórica se pautou no entendimento da Política de Saúde como uma das políticas sociais que se configura como processo complexo, multideterminado e contraditório. Em princípio, a política social teria como finalidade atender as necessidades sociais, favorecer a produção e reprodução do capital e, na atualidade, contribui também para o lucro de instituições privadas.

A Política de Saúde- SUS - componente da proteção social, buscava a saúde como direito universal, assim como organizar um sistema público estatal, de modo a conter o crescimento desmedido da assistência privada que só fortalecia a exclusão e tornava dispendiosa a continuidade dessa prestação de serviço devido aos altos custos, tanto para o Estado quanto para o usuário.

No entanto, o contexto histórico que se seguiu foi adverso para a materialização do SUS. Observamos que a Política Nacional de Saúde vem sofrendo fortemente os embates do projeto privatista. A tendência atual da política de saúde é a de refuncionalização dos princípios do SUS, com focalização dos serviços de saúde em detrimento da universalização, principalmente na atenção básica; realização das ações através das parcerias público-privadas, em detrimento da rede privada como complementar ao SUS, inviabilizando esse Sistema conforme proposto na Constituição de 1988.

Esse processo também acarreta prejuízos na implementação das políticas específicas da saúde. Nesse sentido, percebemos que a PNAPDR reafirma o princípio da integralidade e diretriz da hierarquização segundo as propostas preconizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária. Entretanto, essa política foi instituída no ano de 2004, quando já estava em curso o processo de contra-reforma do Estado pautado na lógica neoliberal, o qual favoreceu e continua a abrir espaços para que as organizações privadas desenvolvam ações, antes exclusivas do Estado.

Esse cenário de elaboração, implantação e implementação da PNAPDR nos levou a indagar como uma política sintonizada com o SUS, especialmente com seu

princípio e diretriz alinhados com o movimento de reforma sanitária, cujo projeto para a saúde é reconhecido como historicamente de caráter progressista com ênfase no público, efetivava-se num contexto de disputa, especialmente de perdas de direitos, e privatização no âmbito da política de saúde, que são consideradas como retrocesso?

Estávamos com o propósito de identificar quais as condições de efetivação de uma política que surgiu com a intenção de inverter o modelo de atenção à saúde das pessoas portadoras de doença renal, que estava, até então, centrado na alta complexidade, para a atenção básica e de média complexidade, visando à prevenção e promoção da saúde destas pessoas, nesse contexto privatista. A partir disso, buscamos compreender as contradições presentes na implementação da PNAPDR no Hospital das Clínicas de Pernambuco e as suas particularidades.

O aprofundamento das reflexões sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal – PNAPDR - foi fundamental para compreender quais os elementos e argumentos utilizados pelos que defendem o projeto de privatização e mercantilização da saúde presente nessa política.

A partir de nossa análise, identificamos que a PNAPDR cumpre uma função necessária para a atenção à saúde das pessoas portadoras de doença renal, sobretudo porque propôs a centralidade nas ações de prevenção e promoção. A política é minuciosa ao referir como se deve realizar o cuidado em cada nível de atenção. Outro aspecto relevante da PNAPDR refere-se à organização e sistematização da atenção às pessoas portadoras de doença renal que anteriormente se dava de forma fragmentada pulverizada através de legislações específicas.

Apesar disso, os dados apresentados demonstram a fragilidade e precariedade existentes no nível de atenção básica, que sofre com a falta de médicos e medicamentos e a infraestrutura inadequada para o atendimento. A fragilidade do atendimento na atenção básica evidencia-se no cotidiano de nossa prática profissional quando identificamos usuários buscando o primeiro acesso de tratamento na média e alta complexidade.

Além de o atendimento às pessoas portadoras de doença renal permanecer na média e alta complexidade, ocorre também que grande parte dos serviços de alta complexidade é realizada por instituições privadas, seja através de convênios ou por organizações sociais filantrópicas, que dificilmente se pautam por uma ação integral,

principalmente no aspecto da realização da referência e contrarreferência do atendimento.

Esses dados nos levam a refletir o porquê após nove anos de criação desta política, o nível de atenção de média e alta complexidade ainda ser tão requisitado em detrimento da atenção básica. Assim, compreendemos que, apesar da Política se utilizar dos termos de referência do SUS, a sua implementação nesse contexto privatista não consegue efetivar os princípios e as diretrizes aos quais se propôs na sua formulação e reorganização do atendimento ao portador de doença renal.

Entendemos que nesse contexto do capitalismo de avanço e procura por serviços rentáveis a saúde passa a ser uma mercadoria, cada vez mais valorizada, e a expansão dos serviços privados de saúde se torna cada vez mais presente. Ademais com atenção básica de forma focalizada, com estrutura precária, fica difícil de desenvolver ações de prevenção das doenças de base (hipertensão arterial e diabetes mellitus) que acarretam a doença renal, portanto impossibilitam inverter a lógica do atendimento proposta na PNAPDR. A população que não tem acesso sistemático ao serviço de saúde passa a se utilizar dele apenas quando já se encontra num estágio avançado de adoecimento.

Dessa forma, a atenção básica passa a ser simplesmente um “encaminhador” para a atenção especializada de média e alta complexidade, após a complexificação do caso. Seria necessário referenciar o usuário com o seu histórico de saúde, visando a construir um projeto terapêutico que envolvesse os níveis de atenção – básica, média e alta complexidade – de acordo com a necessidade do usuário.

Já quando passa a ser atendido na média e alta complexidade, observamos também a dificuldade de realizar a contrarreferência do usuário para prevenção e promoção de outras situações de saúde associadas a esse adoecimento, pautando-se por uma ação integral, que se dá pela majoritária presença de serviços privados de saúde no atendimento de alta complexidade, os procedimentos mais rentáveis – diálise peritoneal, hemodiálise e transplante –, e pouco se conectam aos demais serviços de saúde do SUS, para além de receber os usuários.

No nosso campo de atuação como assistente social no Hospital Universitário, composto pelos níveis de atenção de média e alta complexidade, vimos sofrendo as investidas de privatização, através da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Acreditamos que já há uma dificuldade de atendimento

numa perspectiva universal e integral, o que ainda pode estar ameaçado ao passar a se pautar por uma lógica empresarial e de mercantilização da saúde.

Por fim, a nossa análise não teve a pretensão de esgotar a discussão sobre a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal por ser uma política que compõe a Política de Saúde, temática ampla e de múltiplas determinações. Ele representou a possibilidade de aproximação dessa temática, no qual, conforme a PNAPDR, há uma escassez de estudos dos serviços que desenvolvem as ações para estes usuários.

Assim, o estudo ora apresentado indica como tendências da política de saúde a retração e refuncionalização do SUS e a privatização, prioritariamente nos serviços de média e alta complexidade. Lembramos que o crescimento do setor privado contou com os incentivos do Estado através da isenção do imposto de renda, do estímulo à população em ter um plano privado de saúde, estrutura a proteção social na lógica neoliberal em contraposição ao proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária, qual seja, a atenção à saúde pública, universal e estatal, definido pela Constituição de 1988.

Vale ressaltar que o serviço social é uma profissão cuja direção se contrapõe ao cenário sociopolítico e econômico de retração de direitos e de mercantilização dos serviços públicos, e acreditamos que este trabalho possa trazer elementos para reflexão sobre o atendimento às pessoas portadoras de doença renal, além de elementos pela busca e defesa dos direitos à saúde em consonância com os princípios do SUS.

Referências

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Beneficiários de plano privado de saúde, por cobertura assistencial (Brasil 2003 a 2012)**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso: 14.02.2013

BEHRING, E. R. Fundamentos da Política Social. In: **Serviço Social e Saúde**. Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. A contra-reforma do Estado brasileiro: projeto e processo. In: BEHRING, E. R.. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. Cap. 4, p. 172-172.

_____. Política Social no Contexto da Crise Capitalista. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESSVABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Da ordem social, título VIII. Brasília: Centro Gráfico, Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Portaria 2.042, de 11 de Outubro de 1996**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Alta Complexidade. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Vol 4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 165, de 07 de março de 2012**. Resolve alterar os valores de remuneração dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva. Brasília, 2012,

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Relatório Final **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde. Governo Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde: 1986.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS -. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70**: a participação das universidades e dos municípios. 1ª Edição, Brasília, 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Presidência da República. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. acesso em 28.09.2013.

_____. Presidência da República. **Decreto 7.082 de 27.01.2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF - dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010.

BRAVO. M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. Mota, A.E.(org) São Paulo. 2006.

_____. MENEZES. J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO et. al. (Org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura**: Modelos de Gestão e a Agenda para a Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, 48p.

CALDAS JÚNIOR, A. L. Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização. **Universidade e Sociedade**, v.9, n.20. Brasília: ANDES, set/dez. 1999. p. 133-138.

CAMPOS. G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência saúde coletiva**. v.12 supl.0 Rio de Janeiro nov. 2007.

_____. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. In: SANTOS. N. R. e AMARANTE.P .D.C et. al.(Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**, Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

CARMO. M. **Hospitais Universitários e Integração ao Sistema Único de Saúde – estudo de caso**: hospital das clínicas da UFMG – 1996 a 2004. Dissertação de Mestrado, UFMG, Belo Horizonte, 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Terceirização ilegal ameaça hospitais universitários, informa o Globo. Disponível em: <<http://www.cebex.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1277&idSubCategoria=56> > acesso em: 23.01.2013.

CISLAGHI. J. F. Hospitais Universitários: presente Caótico e futuro incerto. **Jornal da ADUFRJ**, Rio de Janeiro, p. 12, 05 maio 2010. Disponível em <http://www.apufpr.org.br/artigos/hus.pdf>. Acesso em 05 de março de 2013.

COELHO, Vera S. P. **Interesses e Instituições na Política de Saúde: O Transplante e a Diálise no Brasil**. Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, São Paulo, 1996.

_____.Interesses e Instituições na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol. 13 nº 37 São Paulo, jun 1998

CORREIA. M^a. V. C.A Influencia do Banco Mundial na Orientação da Política de Saúde Brasileira. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz- MA, 2007.

_____.A Construção do SUS e os Processos de Privatização. **Anais da 64ª Reunião Anual da SBPC**- São Luiz, MA- Julho de 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO. Relatório Caravana CREMEPE – SIMEPE 2010. Disponível em:

FÁVERO, M. L. A. **A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968**. Educar, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Editora UFPR.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de estado do capital. In: PEREIRA, P. A.P. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

GUIMARÃES.C.A.S. **Os microfundamentos da mudança institucional**: incentivos, saídas e voz na reforma administrativa (dois estudos de caso). Dissertação de Mestrado. UFPE, Recife, 2001.

IAMAMOTO, M. Capital Fetice, questão social e Serviço Social: Mundialização da economia, capital financeiro e questão social In: IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetice**: Capital financeiro, trabalho e questão social. 4ª São Paulo: Cortez, 2010. Cap. II, p. 108.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Pesquisa do IESS/DataFolha aponta que o plano de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro. **Informativo Eletrônico**. Ano 2, nº 14. São Paulo. 02 de maio de 2011. Disponível em: <http://www.iess.org.br/informativosiess/14.htm> acesso em 01.08.2013.

JUNIOR, J..E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**.. 2004;26 (Supl.1)(3):1-3

LOBATO.L.V.C. Seguridade social e saúde. In: SENNA.M.C.M.; ZUCCO.L.P;LIMA.A.B.R (org).**Serviço social na saúde coletiva**: reflexões e práticas.: Rio de Janeiro: Garamond,2012.

LUKÁCS. G. **Existencialismo ou marxismo**. São Paulo: Senzala, 1967.

MANSUR.M.C. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil**: tendência da década de 1990. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MOTA.A.E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo. 2006.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>> acesso em 28.07.2013.

PEREIRA, Potyara A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20%202015.pdf>> acesso em 30.11.11.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Órgãos e tecidos transplantados em Pernambuco de 1995 a 2002**. Disponível em: <<http://www.transplantes.pe.gov.br/estatistica.htm>> acesso em: 05.07.2013.

_____. Ministério Público de Pernambuco. **Vítimas de Hemodiálise ao Deus dará**. Recife, 2008. disponível em: <http://www.mp.pe.gov.br/index.pl/clipagem2002_vitimas> acesso em: 15.08.2012.

PINTO, L. F. O **Setor de Saúde Suplementar**: Acesso e Cobertura Populacional. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_01_LFelipePinto_Cobertura>. Acesso: 14.02.2013.

POLANYI, K. **A Grande Transformação**: As origens da nossa época, 9ª edição, Editora Campus, Rio de Janeiro 2000.

REZENDE, C. A. P. Modelos de Gestão na Saúde. In: BRAVO et. al. (Org). **POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUAL CONJUNTURA**: modelos de gestão e a agenda para a saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, 48p.

RIBEIRO.C.D.M. **“Quem Vale a Pena”?** Valores éticos e disponibilidade de recursos: representações acerca de Políticas Públicas de atenção ao paciente renal crônico. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo cruz, Rio de Janeiro 1998

RIZZOTTO. M^a Lúcia F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, SP, 2000.

ROMÃO. J.E. Os 60 anos de hemodiálise no Brasil: da criação do rim artificial à consolidação do tratamento em solo nacional. **Jornal Nefro SP**. 2009, p.05 e 06. Disponível em: <<http://www.sonesp.org.br/nefrosp/anteriores.php>>.

SANTOS. L. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS.N.R. e AMARANTE.P.D.C et. al.(Org). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**, Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

SANTOS,N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva** vol.12 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.

SEVERO.R.R. **O princípio da integralidade na política de saúde**: limites e perspectivas atuais.UFPE, Recife, 2012.

SILVA, Maria Ozanira da Silva; YASBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo de. **A Política Social Brasileira no Século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. 5^a ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Lucieni. Material para Subsidiar uma Ação no STF contra Lei que cria a EBSERH (mimeo). Brasília, 2012.

SOARES, Raquel C. **A Contra-Reforma na Política de Saúde e o SUS hoje**: Impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese de Doutorado, UFPE, Recife, 2010.

_____. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Serviço Social no anos 2000. In **As ideologias da contrarreforma e o serviço social**. Ana Elizabete Mota (org), Recife, Ed.Universitária da UFPE, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. SBN vai a Brasília para discutir a crise na nefrologia. **SBN Informa**, Ano18. nº86. 2011 disponível em: http://www.sbn.org.br/noticias/sbn_informa.pdf. Acesso em 03.07.2013.

_____. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo> acesso em 03.11.11.

_____. **Censo 2011.** Disponível em: <http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo> acesso em 03.11.11

_____. Evento discute acesso ao tratamento da doença renal crônica e o crescimento da demanda no Brasil. Junho, 2012. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/cms/wp-content/uploads/2012/08/Evento-discute-acesso-ao-tratamento-da-doen%C3%A7a-renal-cr%C3%B4nica-e-o-crescimento-da-demanda-no-Brasil.pdf>. Acesso em 08.10.2012.

_____. **Minidicionário do Paciente Renal:** tratamento conservador. Disponível em: http://www.sbn.org.br/leigos/pdf/Mini_dicio_trat_conservador.pdf acesso em: 08.09.2012

VIANNA, M. L. T. W. Reforma do Estado e Política Social: Notas à Margem do Tema. In: BRAVO et. al. (Org). **Política de Saúde na Atual Conjuntura:** Modelos de Gestão e a Agenda para a Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008, 48p.

UFPE. **Planejamento Estratégico do Hospital das Clínicas 2011– 2016.** Recife, 2010, disponível em: <http://www.ufpe.br/hc/images/documentos/planejamentohc.pdf> acesso em 20.03.2012.