

O SERVIÇO PRIVADO CONTRATUALIZADO PELO SUS: O CASO DA DIÁLISE*

Daiana Nardino**
Tânia Regina Krüger***

Resumo

Este texto objetiva tratar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre os serviços dirigidos ao portador de doença renal, especialmente a Terapia Renal Substitutiva (TRS). A doença renal é conceituada e caracterizada a partir de indicadores de morbidade e também como problema de saúde pública emergente pelo aumento da expectativa de vida da população. No trabalho, destacamos os principais eixos do Plano Nacional e do Plano Estadual de Santa Catarina sobre o tratamento dos portadores de doença renal. A partir de consulta aos documentos da Secretaria de Estado da Saúde maior ênfase no texto é dada para a apresentação da natureza dos serviços e dos gastos com TRS em Santa Catarina. Outros fatores de análise são os valores investidos nos níveis de atenção básica, de média e alta complexidade e as formas de tratamento e prevenção da doença renal.

Palavras-chave: doença renal, SUS, setor privado da saúde.

* Este texto foi construído a partir dos dados empíricos da pesquisa apresentada no trabalho de conclusão de curso: “A Política de assistência ao portador de doença renal: a doença, seu tratamento e custos”, de Daiana Nardino, sob orientação da professora Tânia Regina Krüger, aprovado no curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2007/2.

** Assistente Social, formada pela UFSC.

*** Professora do curso de Serviço Social da UFSC.

A saúde como direito de acesso universal, sustentada em um conceito ampliado e em um sistema com direção única nas três esferas de governo, inscreveu o Brasil num novo marco jurídico que rompeu com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde. Após 20 anos deste direito reconhecido, com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas avaliações apontam para um sistema que representa um avanço na proteção social visivelmente contraditório, pois se efetiva em meio às tensões entre o projeto universalista da Reforma Sanitária e o projeto privatista voltado para os interesses do mercado.

Na literatura, são inúmeras as referências que reconhecem a inovação político-institucional do SUS com as diretrizes de: descentralização, integralidade e participação da comunidade. Do mesmo modo, as apreciações teóricas apontam inúmeros desafios para sua efetivação, entre elas a relação público/privado. Esta temática vem sendo evidenciada com frequência, mas é timidamente analisada e enfrentada através dos eventos da área da saúde, com destaque aqui para as Conferências Nacionais de Saúde.

Conforme o arcabouço legal do SUS, o setor privado participará do sistema de forma complementar. No clima da redemocratização e do reconhecimento da universalidade do direito à saúde parece que seus protagonistas sentiram que deixaram para trás o legado da privatização estimulada pela Previdência Social, que o aparato jurídico institucional desalojou as formas tradicionais de inserção dos interesses privados no seio do Estado e também parece que entenderam que a saúde pública estaria “descontaminada” de tais interesses. Mas como é próprio da natureza os interesses privados do capital, este construiu outros espaços de sustentação junto ao poder do Estado e aos setores conservadores da sociedade, e disseminou a idéia de que a modernidade e a governabilidade não estariam sustentadas num Estado provedor e sim na liberdade de mercado. A lógica neoliberal veio fundamentar as novas relações Estado/mercado/sociedade numa perspectiva que em nada valoriza as necessidades sociais coletivas no momento em que o SUS deveria ser implementado.

A complementaridade do setor privado no SUS ainda não virou regra e nem conseguiu dismantelar o texto constitucional, mas tenciona e neutraliza a todo instante o projeto da Reforma Sanitária, provocando os gestores a realizarem uma série de acordos para além das regulamentações, quando se trata de contratualizar os serviços filantrópicos e privados. Situação que evidenciaremos ao longo deste texto.

O consumo de recursos do SUS pelo setor filantrópico e privado contratualizado é enorme quando se compara com o número de atendimentos. Neste texto, procuraremos evidenciar um pouco da relação público/privado na gestão do SUS, tratando especialmente do setor de TRS.

Para fundamentar estas informações e análises foi feita uma pesquisa bibliográfica e realizada consulta a vários documentos da Secretaria de Estado da Saúde do estado de Santa Catarina.

Na construção do texto, inicialmente se caracterizou a doença renal no contexto do envelhecimento populacional e das doenças da modernidade, seguindo da apresentação dos principais eixos das políticas e os serviços dentro do SUS para atender o portador de doença renal. Posteriormente, serão caracterizadas as unidades que prestam serviços da rede própria e contratualizada (filantrópica e privada) com dados referentes a Santa Catarina. Os custos destes serviços e os valores repassados às unidades também serão explicitados com reflexões sobre o sentido da complementaridade que o setor privado de saúde possui no SUS. Na análise destes dados, também destacamos os gastos e os números de atendimentos nos serviços de atenção básica, média e de alta complexidade.

A doença renal: sua caracterização e tratamento

Com a redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil, evidenciaram-se alterações na composição etária da população, percebida, sobretudo, a partir de meados da década de 1980. A expectativa média de vida atualmente é de 71,3 anos, e estima-se que deve passar para 76 em 2024 e para 81 anos em 2050 (IBGE, 2007).

A esperança de vida ao nascer dos catarinenses em 2004 era de 73,4 anos, portanto, maior do que a média nacional. Entre 1991 e 2003, em Santa Catarina, a proporção de crianças menores de 5 anos passou de 11,1% para 7,2%, e a proporção de idosos de 6,8% para 8,8% no mesmo período (SANTA CATARINA, 2006).

O aumento da expectativa de vida está se refletindo nas demandas e organização dos serviços de saúde. Assim como no século XX as doenças infecto-contagiosas necessitaram de grandes esforços para a diminuição de seu impacto, o novo século apresenta um novo desafio: as doenças crônicas. Também chamadas doenças da modernidade, são as patologias que persistem, que acompanham o paciente por longo período de tempo e necessitam de cuidados permanentes. As doenças crônicas de maior impacto nos indicadores de morbimortalidade são: a hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, renais, osteoartrose e câncer. No ano de 2004, em média, estas doenças significaram para a população de Santa Catarina 13,2 anos produtivos perdidos por pessoa (SANTA CATARINA, 2006).

A incidência de doenças crônicas se eleva com a idade. De acordo com Kusumota e colaboradores (2004):

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

Algumas dessas doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes *melitus* e insuficiência cardíaca, predispõem à doença renal. Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) indicam que a hipertensão¹ e a diabetes² são responsáveis por cerca de metade dos pacientes em tratamento dialítico.

¹ “Estima-se que pelo menos 25% da população brasileira tenha hipertensão arterial, ou seja cerca de 26 milhões de indivíduos. Levando-se em conta que não mais do que 15% teriam a pressão arterial devidamente controlada, podemos concluir que 85% tem potencial para evoluir com algum grau de insuficiência renal” (SBN, et al., 2007).

² “Dentre os diabéticos (cerca de 7 milhões) 30% teriam potencial para progredir para insuficiência renal” (SBN, et al., 2007).

“Cerca de 26% dos pacientes em diálise tem mais de 60 anos e essa proporção tende a crescer devido ao aumento progressivo verificado na esperança de vida da população.” (SESSO, 2007, p. 3). No entanto, a doença renal não acomete somente idosos, mas também muitos indivíduos ainda em idade produtiva. No ano de 2004, em Santa Catarina, 15% dos que faziam hemodiálise tinham entre 35 e 44 anos e 22,8% entre 45 e 54 anos (SANTA CATARINA, 2005). Com base no grande número de grupos de risco, a previsão é que esse número possa duplicar nos próximos 5 anos, ultrapassando os 125 mil casos no país em 2010 (SBN, 2007).

No Brasil em 1994 tínhamos cerca de 24 mil pacientes mantidos em programa de diálise e alcançamos mais de 70 mil pacientes em 2006; um crescimento médio no número absoluto de pacientes de cerca de 9% nos últimos anos (SBN, et al., 2007). A falha na prevenção tem levado à entrada precoce dos pacientes em TRS, em média com 47 anos, e causando uma mortalidade proporcional de 16% ao ano dos pacientes acompanhados em diálise (BRASIL, 2004).

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

A prevenção é o método mais eficiente, pois evita ou retarda o surgimento da insuficiência renal e consiste de cuidados basicamente simples, como tratamento adequado do diabetes, diagnóstico dos casos de hipertensão arterial desconhecidos e controle da doença com medicação apropriada, reeducação alimentar, tratamento clínico precoce. Essas iniciativas retardam a progressão da doença e são mais baratas que o tratamento da insuficiência renal.

Como estas doenças não aparecem como epidemias perceptíveis, a exemplo das doenças transmissíveis (DST/AIDS, tuberculose,

dengue etc.), é preciso ampliar a divulgação, tornar públicos dados sobre a doença renal crônica, as formas de tratamento e prevenção, através dos Conselhos de Saúde, profissionais de saúde, principalmente na atenção básica, além de sensibilizar os gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que seja dada prioridade em sua agenda para a prevenção e o controle dessas doenças.

A insuficiência renal é a perda das funções dos rins e pode ser aguda ou crônica: a) Insuficiência Renal Aguda (IRA) é a perda rápida e temporária da função dos rins, podendo ser reversível; em muitas ocasiões, o paciente precisa ser mantido com tratamento por diálise até que os rins voltem a funcionar; b) Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais; por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que retardam os sinais de falência renal, aparecendo somente em estágios avançados da doença. Nessa fase já avançada, os rins já não conseguem manter a normalidade do meio interno do paciente, sendo necessário um tratamento contínuo para substituir a função renal.

Quando a insuficiência renal crônica se instala, as duas principais alternativas de tratamento se baseiam na diálise³ ou no transplante, sendo a primeira o procedimento mais utilizado, apesar de a segunda ser a mais recomendada, por oferecer melhor qualidade de vida ao paciente, uma possível redução do risco de mortalidade e por apresentar menor custo a longo prazo.

Os procedimentos indicados para a terapia renal substitutiva na modalidade diálise são: a) hemodiálise, também conhecida como “rim artificial”, promove a retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais do organismo através da passagem do sangue por um filtro, é, geralmente, realizada três vezes por semana. Segundo dados do Censo realizado pela SBN em 2006, essa modalidade responde por 90,7% dos procedimentos de TRS realizados no país; b) Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) – baseia-se na infusão e drenagem do banho de diálise na cavidade abdominal através da chamada membrana peritoneal. O banho vem armazenado em bolsas de material plástico flexível, que têm um sistema para conexão ao cateter abdominal. Após ser infundido, o líquido permanece por algumas horas dentro do abdômen do paciente, para então ser drenado. Depois da drenagem, é feita nova infusão, e assim sucessivamente (SBN, 2007). Após um período de treinamento e adaptação na unidade de saúde, esse procedimento é realizado no domicílio do paciente, com trocas feitas pelo próprio paciente ou cuidador. Geralmente são feitas de 3 a 6 trocas de líquido ao longo do dia, e no intervalo entre as trocas, o paciente pode realizar as suas atividades diárias normalmente; c) Diálise

³ Existem dois tipos principais de diálise: a hemodiálise e a diálise peritoneal.

Peritoneal Automática (DPA), funciona de forma semelhante à CAPD, porém as trocas são realizadas durante a noite, enquanto o paciente está dormindo. As trocas são feitas de forma automática, com o auxílio de uma máquina conhecida como cicladora. A máquina é fornecida por uma empresa conveniada à Secretaria Estadual de Saúde e fica consignada ao paciente, sendo o valor do procedimento pago pelo SUS; e d) Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), realizada em serviços de saúde, com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

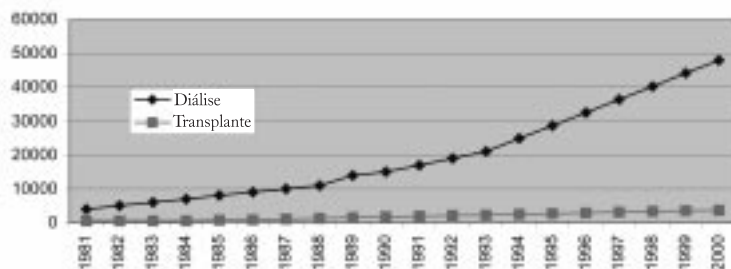
Outra forma de tratamento é a realização de transplante. O transplante é a solução mais econômica, permite uma boa sobrevida e melhor qualidade de vida do que a diálise. Apesar disso, hoje, em cada cem pacientes renais que recebem tratamento apenas seis são encaminhados para o transplante, e segundo estimativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia, sob o ponto de vista médico, cerca de sessenta desses pacientes estão aptos para realizar a cirurgia (COELHO, 1998). Algumas iniciativas foram empreendidas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde para incentivar a atividade transplantadora, mas a distribuição atual ainda é inadequada se comparada com a distribuição ideal.

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

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

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

Gráfico 1: Evolução do número de transplantes e de procedimentos dialíticos realizados no Brasil entre 1981 e 2000



Fonte: Coelho (2005).

A forte demanda dos doentes renais crônicos por tratamento e pelas características da diálise (procedimento relativamente simples), a partir de meados da década de 1970, o tratamento dialítico começou ganhar espaço, com o credenciamento de unidades de hemodiálise pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que a partir de então se espalharam por todo o país. O fato do INAMPS estar mais preparado para lidar com pequenas unidades privadas prestadoras de serviço do que planejar uma política de saúde custo-efetividade foi outro fator que contribuiu para reforçar a opção da diálise. Ao permitir esse rápido crescimento, o INAMPS despertou uma massa de interesses (a atraente remuneração paga pelos procedimentos dialíticos garantiu o interesse dos prestadores de serviços em expandir a oferta), que desde o início da década de 1980 têm conseguido preservar os níveis de remuneração da atividade e com isso garantir sua contínua expansão (COELHO, 1998).

Outro fator importante a ser notado, segundo Coelho (1998), é que quando o SUS procurara rever a política de saúde e a estrutura de incentivos que garantia ao setor privado a diálise, esbarrara em um aparato institucional, que ao organizar o financiamento do sistema protege de forma praticamente automática esses interesses, criando uma inércia difícil de ser vencida. Por isso que a política dos transplantes vem se organizando nos estados desde fins dos anos 1990, mas suas ações ainda são tímidas para inverter o modelo predominante da prática curativa da diálise e hemodiálise, realizada especialmente por serviços contratualizados.

O estado de Santa Catarina é um dos pioneiros na regulamentação dos transplantes, através da implementação e aplicação das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos respeitando critérios de compatibilidade, urgência e tempo de espera no momento da distribuição

dos órgãos e tecidos doados para que estes sejam destinados aos receptores ideais. O estado conta com uma central de captação, notificação e distribuição de órgãos, criada em 1999, que coordena as atividades de transplante em âmbito estadual. Além disso, atua no gerenciamento das listas únicas de receptores de órgãos e tecidos, nos processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos e na formulação de políticas de transplantes para o estado (SANTA CATARINA, 2006).

Há em Santa Catarina sete unidades hospitalares credenciadas para a realização de transplante renal que se situam em regionais de saúde estratégicas. São elas:

Tabela 1: Unidades que realizam transplante renal por natureza institucional, regional de saúde e localização (2007)

Natureza	Regional	Unidade	Cidade
Público	Grande Florianópolis	Hospital Governador Celso Ramos	Florianópolis
Privado		Hospital de Caridade	
Filantropico	Nordeste	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt	Joinville
Público		Hospital Dona Helena	
Público		Hospital Municipal São José	
Filantropico	Vale do Itajaí	Hospital Santa Isabel	Blumenau
Filantropico	Extremo Oeste	Hospital Regional Lenoir Vargas Ferreira	Chapecó

Fonte: SC Transplantes (2007).

O transplante de rins só perde em quantidade para o de córneas, que respondeu respectivamente por 21,77% (810 casos) e 36,57% (1.360 casos) dos transplantes realizados entre 1999 e 2006. Vale lembrar também que a doação de rins pode ser feita tanto por doador vivo quanto por cadáver, o que difere da doação de córnea, que só pode ser feita por doador cadáver.

Mesmo com o aumento progressivo da atividade transplantadora⁴, evidencia-se um número grande de pacientes que aguardam na lista de espera, principalmente para córnea e rim⁵. No Brasil, “de acordo com os dados do Ministério da Saúde no mês de dezembro de 2006 existiam 32.155 pacientes na lista de espera e foram realizados no mesmo ano cerca de 2.904 transplantes” (SBN, et al., 2007, p. 18).

Os recursos para a realização do transplante renal são liberados diretamente pelo Ministério da Saúde e seguem os valores determinados atualmente pela Portaria GM 2.848/2007. Aos Estados cabem os gastos com a logística do transplante, principalmente o transporte do órgão do local de captação para o local do transplante.

⁴ Em Santa Catarina, 45 pacientes realizaram transplante de rim em 1999 e 133 em 2005.

⁵ SC Transplantes (2007).

Tabela 2: Valor dos procedimentos de transplante de rim em 2007

Procedimento	Valor hospitalar R\$	Valor ambulatorial R\$
Transplante de rim (doador cadáver)	19.272,75	-
Transplante de rim (doador vivo)	14.828,17	-
Transplante simultâneo de pâncreas e rim	26.020,06	-
Acompanhamento de paciente pós-transplante	-	135,00

Fonte: PT GM 2848 de 6 de novembro de 2007.

O transplante de rim apresenta um valor elevado; no entanto, se comparado, a longo prazo, com o tratamento dialítico (em média R\$ 1.600,00 pacientes/mês), este se torna mais viável e menos oneroso ao Estado e além disso proporciona melhor qualidade de vida ao paciente, tornando-o independente da máquina e das sessões de diálise. Outros gastos se devem ao tempo de internação e o acompanhamento ambulatorial pós-transplante. Os serviços de TRS são de alta complexidade, demandam equipamentos de alta tecnologia, medicamentos e procedimentos de ponta, inflacionando em termos crescentes os gastos da saúde.

O diagnóstico do Plano Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal evidencia que os pacientes que chegam as emergências com quadro avançado da doença por terem recebido pouca ou nenhuma atenção na rede básica ou na média complexidade. Esta falha na detecção precoce das doenças crônicas faz com que o SUS gaste em média 30% do seu orçamento anual com procedimentos da alta complexidade para atender apenas 3% dos usuários.

No caso da insuficiência renal crônica, o gasto aproximado por ano tem sido de 1 bilhão de reais (BRASIL, 2004). A Política Nacional revela a disposição do Ministério da Saúde em mudar o modelo existente, baseado em procedimentos de alto custo e caracterizado, na gestão pública, pela falta de integração entre os níveis de atenção. Define uma série de medidas a serem desenvolvidas em todos os níveis de atenção, desde a básica até a alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Uma das estratégias é a inversão do modelo de atenção ao paciente portador de doença renal crônica da média e alta complexidade para a atenção básica (BRASIL, 2004).

Na realidade, há uma deficiência das ações assistenciais, medidas de promoção e prevenção à saúde (atenção básica), resultando na entrada dos pacientes em TRS pela porta da urgência e emergência. Diante disso, a Política Nacional apresenta a necessidade da construção de um modelo de atenção integral e integrada aos pacientes com hipertensão e diabetes, construído a partir da atenção básica, ficando a média e a alta complexidade com as ações suplementares. O objetivo é reduzir o grande número de pacientes que chegam à diálise.

Do ponto de vista ético, os investimentos em saúde devem se nortear em favorecer o maior número possível de usuários. Por conseguinte, a aquisição de novas tecnologias deve responder a uma demanda de necessidade em saúde, geralmente partindo da própria atenção básica. E não uma 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. As condições para isso são extremamente favoráveis – omissão de ações públicas, uma clientela crescente, opinião pública favorável e o grande poder da mídia em divulgar soluções imediatistas (BRASIL, 2004).

A premissa pelo interesse público é enfatizada no Plano, ao orientar os gestores a buscarem respostas equitativas as necessidades sociais em saúde de forma integral. O documento reconhece que o volume de recursos financeiros alocados atrai os interesses do mercado e deixa como questionamento se todo esse investimento em saúde tem tido repercussão em termos de coletividade.

Toda essa defesa da atenção básica, da prevenção, do uso racional das tecnologias e dos recursos para a necessidade coletiva em saúde se contrapõem aos dados que apresentamos sobre a rede de serviços e os gastos com TRS nos itens seguintes.

Conforme diretrizes da Política Nacional, o estado de Santa Catarina elaborou em 2005 seu Plano Estadual de Prevenção e Tratamento de Doenças Renais e de Organização da Rede de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia. O Plano Estadual mostra a partir de dados colhidos nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), em 2003, que as patologias mais comuns que causam insuficiência renal no estado de Santa Catarina são a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Constituem-se objetivos principais do Plano Estadual: organizar e implementar a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia; orientar as ações de prevenção e tratamento de doenças renais; definir as unidades prestadoras de Serviços e os Centros de Referência em Nefrologia e também os critérios para o credenciamento de serviços filantrópicos e privados junto ao SUS. Tal Plano propõe um Modelo de Assistência em Nefrologia baseado em cinco momentos de intervenção, sendo as ações de prevenção e tratamento das doenças renais organizados de forma hierarquizada, respeitando os níveis de complexidade, compreendendo municípios, sedes de módulos assistenciais e pólos regionais de TRS.

Rede de serviços e os gastos com TRS em Santa Catarina

Atualmente existem 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional em Santa Catarina, 19 delas fornecem os serviços de diálise. São 32 unidades prestadoras de serviços assistenciais em nefrologia que se situam em 23 municípios. Os serviços estão concentrados nas cidades maiores próximas ao litoral, conforme evidenciado na tabela a seguir:

Tabela 3: Unidades que prestam serviços de TRS em Santa Catarina, por natureza do prestador, município sede da Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) e nome do estabelecimento (2007)

Natureza da instituição	SDR	Município	Estabelecimento
Empresa privada	5ª Xanxerê	Xanxerê	Unidade de Terapia Renal de Xanxerê Ltda.
Empresa privada	11ª Curitiba	Curitiba	Clínica Hemodialise de Curitiba Ltda.
Empresa privada	9ª Videira	Videira	Clínica de Hemodialise de Videira
Ent. ben. sem fins lucrat.	6ª Concórdia	Concórdia	Hospital São Francisco
Ent. ben. sem fins lucrat.	12ª Rio do Sul	Rio do Sul	Associação Renal vida
Empresa privada	1ª S. Miguel do Oeste	S. Miguel do Oeste	Clínica Renal do Extremo Oeste
Empresa privada	22ª Araranguá	Araranguá	Clínica de Nefrologia Araranguá Ltda.
Empresa privada	17ª Itajaí	Baln. Camboriú	PRORIM
Empresa privada		Itajaí	Unidade Renal de Itajaí SC Ltda.
Empresa privada	7ª Joaçaba	Joaçaba	Hemoser Joaçaba SC Ltda.
Empresa privada	15ª Blumenau	Blumenau	Clínica de Rins do Vale do Itajaí SC Ltda.
Empresa privada	35ª Timbó	Timbó	Instituto Renal de Timbó SC Ltda.
Empresa privada	16ª Brusque	Brusque	Nefroclínica SC Ltda.
Empresa privada	4ª Chapecó	Chapecó	Clínica Renal do Oeste SC Ltda.
Empresa privada		Mafrá	Centro de Tratamento de Doenças Renais
Fundação privada	25ª Mafrá	S. Bento do Sul	PRORIM
Empresa privada		S. Bento do Sul	Clínica Rim & Vida SC Ltda.
Ent. ben. sem fins lucrat.		Criciúma	Hospital São José
Empresa privada	22ª Criciúma	Criciúma	Clinefro – Clínica de Nefrologia Ltda.
Empresa privada		Criciúma	Nefroclínica Criciúma Ltda.
Empresa privada		Joinville	Clínica de Nefrologia de Joinville Ltda.
Empresa privada	23ª Joinville	Joinville	PRORIM
Adm. direta da saúde SMS		Joinville	Hospital Municipal São José
Empresa privada		Joinville	CTDR – Centro de Tratamento de Doenças Renais
Empresa privada	20ª Tubarão	Tubarão	Clínica de Doenças Renais de Tubarão SC Ltda.
Empresa privada	27ª Lages	Lages	Centro de Terapia Renal SC Ltda.
Empresa privada	24ª Jaraguá do Sul	Jaraguá do Sul	PRORIM
Empresa privada		Florianópolis	Clinirim
Adm. direta da saúde SES		Florianópolis	Unidade de Rim Hosp. Gov. Celso Ramos
Adm. indireta – autarquia federal	18ª Grande Florianópolis	Florianópolis	Hospital Universitário
Adm. direta da saúde SES		Florianópolis	Hospital Infantil Joana de Gusmão
Empresa privada		São José	Apar Vida Clínica de Rins Ltda.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Diretoria de Vigilância Sanitária do estado de Santa Catarina (2007).

Percebe-se na tabela que a maioria, ou seja, 78% das Unidades Prestadoras de Serviços em Nefrologia em Santa Catarina são de natureza privada, 13% são públicas e as demais (9%) são filantrópicas. No caso da TRS pelo SUS, o que era para ser complementar ao sistema virou regra. Interessante destacar que o Plano Estadual de Nefrologia (2005) relaciona as unidades de serviços na área, mas não faz qualquer referência à natureza delas.

⁶ Cabe esclarecer que o total destas máquinas não são próprias do SUS em Santa Catarina, mas do conjunto de serviços próprios e contratualizados. Ainda, estas máquinas devem atender um padrão mínimo, como alarmes sonoros e visuais, detector de ruptura do dialisador, controlador da temperatura, entre outros, conforme descrito no item 7.1 do anexo da Portaria Resolução da Diretoria Colegiada n. 154 de 15 de junho de 2004.

Para atender aos pacientes em hemodiálise o estado dispõe de em torno de 448 máquinas⁶. Notou-se que há certa desigualdade regional na distribuição das máquinas de hemodiálise. Evidencia-se uma concentração de máquinas e de pacientes nas regionais de São José/Florianópolis, Joinville, Blumenau e Itajaí. Por exemplo, em 2003 a Grande Florianópolis possuía 15,3% da população do estado, mas detinha 17,8% dos serviços de TRS, e no mesmo período a região de Joinville detinha 15,5% da população e oferecia 18,1% dos serviços de TRS do estado. Em média 12,5% dos residentes do planalto serrano e do meio oeste realizam a TRS fora da sua região de residência (SANTA CATARINA, 2005). Estes indicadores evidenciam que muitos pacientes precisam deslocar-se para grandes centros em busca do tratamento e provavelmente por dificuldade de acesso procuram os serviços com o quadro da doença em estágio já avançado.

A Vigilância Sanitária e o setor de auditoria da Secretaria de Estado da Saúde realizam avaliação dos serviços de TRS no estado. Em 2004, apontaram deficiências de manutenção, e 70% das unidades ficaram com pendências a serem corrigidas por meio de Termo de Ajuste (SANTA CATARINA, 2005).

Em 2006 havia em torno de 22.422 pacientes em TRS em Santa Catarina, um aumento significativo se comparado com os 19.040 pacientes em 2002. Em relação à modalidade de TRS, predomina a hemodiálise, que respondeu por 94,4% no ano de 2006, em seguida vem a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) com 4,16%. Sobre a demanda reprimida e os casos subnotificados não encontramos indicadores. Não há dados concretos que indicam a quantidade de pacientes em lista de espera para fazer diálise. No entanto, sabe-se que há uma “lista invisível” (gerenciada individualmente pelas unidades de TRS) de pessoas com insuficiência renal que aguardam por uma vaga⁷. Enquanto esperam, fazem o que é chamado de tratamento conservador (medicação e dieta – redução de líquidos, evitam sal e alimentos que contenham fósforo etc.) com acompanhamento de um médico nefrologista a nível ambulatorial. Normalmente a vaga surge quando há realização de transplante ou morte de paciente em hemodiálise.

Os indicadores mais uma vez explicitam que as tentativas de inversão do modelo com ênfase na atenção básica e na atividade transplantadora obtêm pouco êxito. Se há indicações de que pelo menos 60% dos que realizam diálise poderiam se submeter ao transplante, em 2006 dos aproximadamente 22.400 pacientes em diálise apenas 173 realizaram transplante.

Os gastos do SUS com os procedimentos de TRS são significativos do mesmo modo que são consideráveis os valores que cada um

⁷ Verificamos que por parte dos técnicos da SES há suspeitas de que existem unidades que mantêm pacientes em sessões de hemodiálise sem necessidade, com o intuito de manter um número mínimo de pacientes e dessa forma continuar recebendo os repasses financeiros do SUS.

dos prestadores de serviço recebe mensalmente, conforme se evidencia na tabela abaixo.

Tabela 4: Média mensal e valor anual que as unidades prestadoras de TRS receberam e número de pacientes atendidos (2006)

Unidade Prestadora de Serviços	Natureza	Valor/2006		Pctes/2006		
		Média/mês	Total	Med/mês	Total	
Unidade de Rim HGCR - Florianópolis	Público I	108.807,04	1.305.684,51	76	911	
Hospital Universitário - HU - Florianópolis		27.109,23	325.310,76	24	284	
Hosp. Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis		26.164,02	313.968,25	14	171	
Hospital Municipal São José - Joinville		2.557,93	30.695,16	4	43	
Hospital São Francisco - Concórdia	Filantrópico	58.494,74	701.936,87	38	458	
Associação Renal Vida - Rio do Sul		128.360,66	1.540.327,86	80	958	
Hospital São José - Criciúma		70.768,00	849.216,00	47	561	
Clínica Renal do Extr. Oeste - S. Miguel d'Oeste		127.746,39	1.532.956,68	78	936	
Clínica Renal do Oeste SC LTDA. - Chapecó		225.342,33	2.704.107,90	138	1650	
Unidade de Ter. Renal Ltda. - Xanxerê		79.784,60	957.415,17	50	595	
Hemoser Joaçaba SC Ltda. - Joaçaba		54.649,61	655.795,32	35	416	
Clínica de Hemod. de Videira Ltda. Videira		54.869,95	658.439,39	34	410	
Clínica Hemod. de Curitiba. - Curitibaanos		58.077,97	696.935,68	35	417	
Clínica de Rins do Vale do Itajaí Ltda. Blumenau		163.262,32	1.959.147,79	103	1239	
Instituto Renal de Timbó SC Ltda. - Timbó		23.585,73	283.028,76	16	187	
Nefroclínica SC Ltda. - Brusque		73.099,84	877.198,08	44	532	
PRORIM - Baln. Camboriu		67.706,12	812.473,38	44	525	
Unidade Renal de Itajaí SC Ltda. - Itajaí		103.847,88	1.246.174,60	69	823	
Clinirim - Clin. Rim e Hipert. Arterial - Florianópolis		240.602,13	2.887.225,22	139	1663	
Apar Vida Clínica de Rins Ltda. - São José		Privado	86.836,70	1.042.004,45	53	637
Clin. Doenças Renais de Tubarão - Tubarão			167.363,05	2.008.356,62	105	1265
Chinefro - Clínica de Nefrol. Ltda. - Criciúma			53.342,86	640.114,32	34	402
Nefroclínica Criciúma Ltda. - Criciúma			88.728,19	1.064.738,28	55	657
Clínica de Nefrol. - Araranguá			68.699,64	824.395,68	42	498
Clínica de Nefrol. - Joinville	50.650,50		609.805,98	31	366	
PRÓ-RIM - Joinville	115.633,05		1.387.596,57	75	904	
Centro de Trat. Doenças Renais - Joinville	228.718,26		2.744.619,06	134	1613	
Fundação Pró Rim Hemod. - Jaraguá do Sul	65.502,44		786.029,24	40	480	
Centro de Trat. de Doenças Renais - Mafra	120.737,05		1.448.844,60	73	876	
PRÓRIM - S. Bento do Sul	49.216,77		590.601,24	30	361	
Clínica Rim & Vida - S. Bento do Sul	44.855,14		538.261,68	28	330	
Centro de Terapia Renal - Lages	103.599,72		1.243.196,63	68	816	
Total			2.938.719,86	35.266.601,73	1.836	21.984

Fonte: Santa Catarina (2007a).

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

O valor por pacientes/mês no ano de 2006 girou em torno de R\$ 1.253,43 mínimo e R\$ 1.707,10 máximo (dependendo do tipo de diálise). De modo geral, em pouco mais de um ano, o gasto com um paciente em TRS equivale ao do transplante renal, evidenciando que o tratamento dialítico é muito mais oneroso, em médio e longo prazo, aos cofres públicos. A ênfase na atividade transplantadora, conforme indicado, depende de tornar estes dados públicos, colocando-os em

debate, sobretudo nos Conselhos de Saúde e nos momentos de planejamento e priorização de ações dos Planos de Saúde. Uma política que inverta esta lógica implica confronto com a rede de interesses do setor filantrópico e privado (hospitais e clínicas) e de tecnologia de ponta na área de diálise (medicamentos e equipamentos).

Tabela 5: Média do número de pacientes/mês, valor repassado ao mês por natureza de prestador no segundo trimestre de 2007

Natureza	Média de pctes/mês 2º trimestre 2007	%	Teto financeiro	%
Privada	1717	85,5	2.750.505,81	86,1
Pública	112	5,6	162.100,90	5,0
Filantrópica	178	8,9	281.419,92	8,8
Total	2007	100	3.194.025,11	100

Fonte: Santa Catarina (2007a). Elaboração própria.

Em 2007 o percentual de recursos destinados ao setor privado segue os padrões de 2006. Os valores da tabela explicitam, sem sombra de dúvida, que o setor público tem papel insignificante na prestação dos serviços de TRS. No entanto, o setor público é responsável pela contratualização, fiscalização e pelo pagamento destes serviços. A inversão de modelo da atenção, com a priorização de atendimentos na rede básica e de prevenção, enfatizada no Plano Nacional e no Plano Estadual para doenças renais, terá de desalojar do âmbito da gestão dos recursos do SUS uma série de interesses que priorizam o serviço curativo e privatizado.

Não nos parece fácil retirar do caixa de um prestador de serviço das diferentes cidades catarinenses um valor médio entre 50 e 200 mil reais/mês. Aqui não estamos falando em deixar de ofertar com qualidade e de forma descentralizada os serviços de TRS, mas que se realizasse uma gestão com inversão de modelo, com primazia no interesse público e coletivo com ênfase na atenção básica. Não nos parece demasiado afirmar que é o recurso da saúde pública que mantém esse setor privado da saúde.

Vale também destacar que o Plano Estadual de Nefrologia (2005), além de não apresentar, como visto, a natureza das instituições que prestam serviços de TRS, também silencia em relação ao montante de recursos que elas recebem. O Plano, ao propor uma ênfase também na atenção básica para a prevenção de doenças renais crônicas, poderia analisar no seu diagnóstico o montante de recursos que são despendidos para a atenção básica, prevenção, para a prática curativa e casos crônicos.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal faz uma ampla defesa da necessidade de priorizar a atenção básica e

preventiva para doenças renais, já que este é um serviço muito oneroso para o sistema de saúde. O documento descreve densamente as ações de um novo modelo de atenção para as três esferas de gestão, mas não apresenta qual é a rede de serviços e os gastos com ela. Faz apenas um comentário genérico de que são gastos em média 1 bilhão de reais por ano. A inversão do modelo com primazia do serviço público como sustenta o documento implica publicizar como acontece o serviço atualmente, explicitar quais os serviços próprios e os contratados, quanto se gasta com cada um, o número de atendimentos que realizam. No caso da TRS, a inversão de modelo com primazia do serviço público, mais do que qualquer outro serviço de saúde, implica desalojar do seio do SUS um grande número de prestadores filantrópicos e privados. O início deste desalojar poderia ser com um Plano que não silenciasse sobre aspectos tão decisivos.

Desde 1988, o setor privado e filantrópico vem participando do SUS de forma complementar (Constituição, art. 199), mas a contratualização dos serviços muitas vezes não considera o perfil epidemiológico, a demanda reprimida a descentralização territorial dos serviços. Na avaliação do próprio Ministério da Saúde (2003, p. 2):

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

Está evidente nestes 20 anos de SUS a dificuldade dos gestores em definir quais serviços, em que quantidade e localização são necessários para realizar contratações adequadas. Os gestores têm ficado reféns dos prestadores privados e filantrópicos na prestação dos serviços de saúde e não conseguem se impor, predominado, desse modo, a lógica do mercado, sobretudo nos casos de TRS. Este segmento dos serviços está nas mãos do setor privado em Santa Catarina.

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

Aproximadamente 75% da população brasileira é totalmente dependente do SUS, e os outros 20 a 25% possuem plano de saúde ou

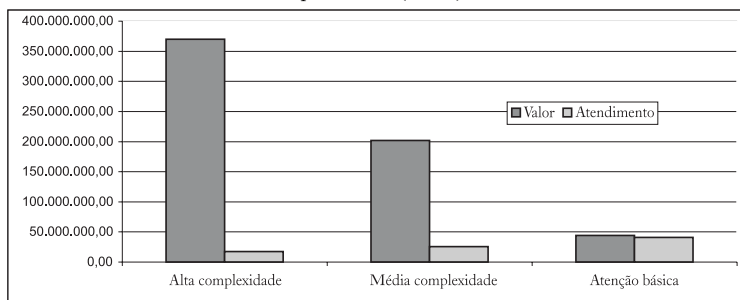
desembolsam diretamente. Mas quando se trata de serviços de TRS somente “5% fazem o tratamento utilizando medicina de grupo e/ou seguro de saúde particular” (SESSO, 2007, p. 7). Isto é um indicador de que os planos e seguros privados de saúde atendem os usuários “mais saudáveis” e que cobrem preferencialmente procedimentos de baixo e médio custo. Portanto, ao sistema público cabe a prestação da atenção básica aos que não podem acessá-la no mercado, realizar procedimentos de saúde coletiva que não são cobertos pelos planos, como por exemplo as vacinações, tratamento de tuberculose, chagas, hanseníase, saúde do trabalhador, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental e os serviços de alta complexidade (UTI, TRS, quimioterapia, radioterapia e transplantes, por exemplo). Com exceção da atenção básica, todos estes serviços do SUS, que possuem invisibilidade social, são acessados por todos os segmentos sociais.

Os usuários dos planos privados normalmente realizam seu tratamento até um determinado estágio da doença; quando o caso se torna grave ou crônico, acabam migrando para os serviços de alta complexidade do SUS. Informalmente parece existir uma rede articulada de profissionais que facilitam este acesso, burlando algumas normas e talvez deixando para trás usuários que vêm fazendo seu tratamento integralmente pelo SUS. As inúmeras regulamentações para evitar estas distorções não têm conseguido ser efetivas. Assim, o SUS atende de um lado os serviços baratos com uma demanda ampla e carente, os serviços de saúde coletiva não cobertos pelos planos privados, e de outro lado a alta complexidade que consome grande parte dos recursos e contempla um pequeno número de usuários.

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

Em Santa Catarina, no ano de 2006 foram investidos 60,02% dos recursos da saúde na alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que realizou apenas 20,76% do total de atendimentos. Já a atenção básica foi responsável por 48,78% dos atendimentos, no entanto, recebeu somente 7,20% do valor. O gráfico a seguir ilustra essa diferença:

Gráfico 2: Gastos da assistência à saúde de Santa Catarina e número de atendimentos conforme níveis de complexidade (2006)



Fonte: SES: Sistema Único de Saúde Responsabilidades & Desafios. Gerência de Programação de Serviços e Credenciamento – SES/SC, 2007. Elaboração própria.

É inegável que os serviços de alta complexidade são mais caros em função das exigências tecnológicas e de medicamentos de ponta, bem como de profissionais mais especializados. No entanto, o questionamento essencial é a falta de investimentos substantivos na atenção básica, que é o serviço mais barato e tem melhores possibilidades de impacto nos indicadores de morbimortalidade (80% em média o grau de resolutividade da atenção básica). Outro fator é a drenagem de grande parte do valor destinado a média e alta complexidade para o setor filantrópico e privado.

Considerações finais

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

Evidenciou-se que a doença renal crônica representa um importante problema de saúde e que está se expandindo de forma contínua devido, principalmente, ao envelhecimento da população e ao número elevado de pacientes com hipertensão e diabetes. Sem dúvida, esse é um fato preocupante e demonstra a necessidade de aprofundar a discussão sobre o assunto, objetivando desenvolver programas de saúde que sejam tanto preventivos como terapêuticos que permitam lidar com o problema de forma objetiva e ao mesmo tempo reduzir os impactos negativos esperados para o sistema de saúde brasileiro num futuro próximo.

Com a lógica predominante na atenção a saúde evidenciada neste texto a partir do caso da Terapia Renal Substitutiva, avalia-se que os princípios do SUS para se efetivarem ainda demandam uma base social de sustentação e uma gestão que de fato se comprometa com eles. Inverter o modelo, para fazer prevalecer o interesse público e coletivo pede dos gestores, dos conselheiros de saúde e dos profissionais ações estratégicas e firmes nesta direção. Fazer predominar o paradigma da Reforma Sanitária que construiu o SUS implica nesta conjuntura tensionar fortemente com as políticas focalistas e privatistas da área social e da saúde especialmente. Eis o desafio do ano em que se comemora 20 anos da Constituição!

Referências

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

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

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

_____. **Política nacional da atenção ao portador de doença renal**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, jul. 2006. CD-ROM.

COELHO, Vera Schattan P. Interesses e Instituições na Política de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 13, n. 37, jul. 1998.

_____. **Transplante e Diálise no Brasil. Interesses e Instituições na Política de Saúde: o transplante e a diálise no Brasil**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, [2005-?] (artigo com resultados parciais). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 set. 2007.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030**. Rio de Janeiro, out. 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacaoUNFPA.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2007.

NARDINO, Daiana. **A Política de Atenção ao Portador de Doença Renal**: a doença, seu tratamento e custos. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – DSS/CSE, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

QUADRANTE, A. C. R. **Doenças crônicas e o envelhecimento**. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.net/acervo/artieop/Geral/artigo250.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Controle e Avaliação (GECO), 2007a.

_____. Plano estadual de prevenção e tratamento de doenças renais e de organização da rede de assistência de alta complexidade em Nefrologia. SES, 2005.

_____. **Secretaria Estadual de Saúde**. Portaria n. 211/2004. Esta portaria organiza os serviços de transplante no estado de Santa Catarina, em atendimento à Portaria n. 154/2004 da Anvisa. Disponível em: <www.mp.sc.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2007b.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. SES. 2006.

SBN. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/>>. Acesso em: 20 out. 2007.

SBN; SOBEN; ABCDT; Associação de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da Doença Renal Crônica**: o desafio brasileiro. 2007. Disponível em: <www.sbn.org.br/noticias/DossieFinal.pdf>. Acesso em: 15 set. 2007.

SC TRANSPLANTES. Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 dez. 2007.

SESSO, R. **Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção**. Disponível em: <www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/irc-prof.htm>. Acesso em: 15 out. 2007.

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

Abstract

This paper's objective is to analyze the services and general management within the Unified Health System (SUS), emphasizing the aspects of the treatment used in renal disease patients, specially the patients undergoing the Substitutive Renal Therapy treatment. Additionally, the proposal is to uncover and to characterize Renal disease morbidity indicators as well as health complications followed by the increase of population's life expectancy. We highlighted primarily in the main sphere the Health National Plan followed by the Santa Catarina State Health Plan in order to identify the nature of expenditure within services and methods of treatment of all renal decease patients. Furthermore, we analyzed in this study the structure of the diverse levels of investments at a basic, intermediary and high standards of assistance towards the renal disease given treatment within the private health sector.

Keywords: renal disease, SUS (unified health system), private health section.