



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL - FSSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSSO

RITA DE CÁSSIA AMORIM CARNEIRO

**A COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA NO SUS: PRIVATIZAÇÃO
PROGRESSIVA DA ATENÇÃO AOS RENAIIS CRÔNICOS EM DIÁLISE EM
ALAGOAS E NO BRASIL**

Maceió-AL

2014

RITA DE CÁSSIA AMORIM CARNEIRO

A COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA NO SUS: PRIVATIZAÇÃO PROGRESSIVA
DA ATENÇÃO AOS RENAS CRÔNICOS EM DIÁLISE ALAGOAS E NO BRASIL.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, para a obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Valéria Costa
Correia

Maceió-AL

2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Maria Helena Mendes Lessa

C298c Carneiro, Rita de cássia Amorim.
A complementaridade invertida no SUS: privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em diálise Alagoas e no Brasil / Rita de Cássia Amorim Carneiro. – Maceió, 2014.
130 f. : il.

Orientador: Maria Valéria Costa Correia.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Serviço Social. Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 120-130.

1. Política de saúde. 2. Tratamento dialítico.
3. Complementaridade invertida. 4. Privatização progressiva.
I. Título.

CDU: 364 : 332.025.28



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO



FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL-MESTRADO

Membros da Comissão Julgadora de Defesa da Dissertação de Mestrado de **Rita de Cássia Amorim Carneiro**, intitulada **A complementaridade invertida no SUS: a privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em diálise em Alagoas e no Brasil**, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas em 14 de outubro de 2014, às 14h, na Sala do Conselho da Faculdade de Serviço Social (FSSO).

Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia
Orientadora (PPGSS - FSSO - UFAL)

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Virgínia Borges Amaral
Examinadora interna (PPGSS- FSSO - UFAL)

Profa. Dra. Silvana Márcia de Andrade Medeiros
Examinador externo (UFAL/PALMEIRA DOS ÍNDIOS)

Dedico este trabalho a meus filhos Victor e Gabriel que me proporcionaram essa sublime missão de ser mãe, que faço com muito amor. Sem vocês nada seria possível.

À minha mãe Osvalina, símbolo de mulher guerreira, que me deixou o legado de sempre seguir em frente apesar das adversidades. A você mãe, minha eterna gratidão e amor.

Ao meu pai, Antônio, que me passou a valorização do estudo e do saber. Homem simples sem muito conhecimento intelectual, mas com sabedoria suficiente para reconhecer o valor do intelecto. À você meu pai, minha eterna gratidão e amor.

Aos renais crônicos do CIN/HUPAA que, a partir dos seus contatos e de suas vivências, proporcionaram um despertar para a Política dos Portadores das Doenças Renais e para a luta pelo acesso a seus direitos pelo SUS.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre me ilumina e guia os meus passos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Valéria Costa Correia, pelas reflexões e contribuições, na construção deste trabalho, no sentido de publicizar o processo privatizante da assistência aos renais crônicos.

Aos membros da Banca de Qualificação, Professoras Dras. Silvana Márcia e Virgínia Amaral pelo olhar atento e pelas valiosas contribuições e sugestões na qualificação, que tanto enriqueceram este trabalho.

Ao Hospital Universitário, que permitiu algumas ausências ao serviço em prol da construção deste trabalho.

Ao Setor de Serviço Social do HUPAA por viabilizar a minha participação no Mestrado em Serviço Social

Ao Luiz Antônio, que foi de uma generosidade e competência, contribuindo e muito para o acesso aos dados do DATASUS, indispensáveis na pesquisa quantitativa e de fundamental importância para o objeto de estudo dessa dissertação.

Ao Sidney Wanderley pela brilhosa revisão do texto.

A Clara Morgana e Wellington Moreira, que foram de uma presteza sem dimensão, nos momentos mais cruciais da formatação do texto, com prazos curtíssimos.

Ao meu amado Victor, pela tradução do resumo e ter sempre me auxiliado e apoiado nas diversas situações que envolveram a construção desse trabalho.

A você “meu anjo” Gabriel pela sua vinda ao nosso convívio, que veio, tenho certeza, iluminar a minha jornada nessa vida e me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos Rosa, Rosiete, Robson e Ricardo, pelo carinho e compreensão.

Aos meus sobrinhos: Pollyana, Luanna, Bruno, Isabela, Wanessa, Anna Júlia, Caio, Clara e Bernardo, por serem tão queridos e amorosos.

Aos colegas do mestrado em Serviço Social, em especial Maricely, Viviane, Daniele.

A Valéria Coelho pelas reflexões em algumas passagens deste trabalho e pelo apoio na construção dos gráficos da apresentação.

À Lígia pela primorosa e atenciosa formatação final da dissertação.

A todos os amigos com quem compartilhei risos e lágrimas durante esta empreitada, em especial, Angélica, Eliene, Eunice, Júnia e Alessandra e aqueles que, mesmo a distância, me apoiaram e me incentivaram a continuar.

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Relatório final da 8ª CNS, Anais, 1987, p. 382).

RESUMO

O trabalho tem como objeto de estudo a complementaridade do setor privado ao setor público na atenção ao renal crônico em diálise, no contexto da privatização da saúde. Tem como objetivo geral demonstrar a progressiva privatização decorrente da complementaridade invertida na alta complexidade do setor saúde. Ressalta-se no estudo investigativo a atenção aos renais crônicos em tratamento dialítico em serviços de diálise hospitalar, privados e públicos, em Alagoas e no Brasil. Essa complementaridade sofre um processo de inversão ao disposto no artigo 199, §1º, da Constituição Federal de 1988, que trata da questão complementar do privado ao público na assistência à saúde. Optou-se por realizar pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, porquanto a coleta de dados é fundamental para a demonstração do processo de complementaridade invertida e a consequente privatização progressiva da atenção aos renais crônicos pelo SUS. Discute-se a Política de Saúde e a relação entre público e privado no contexto da crise contemporânea do capital de 1970 a 1990, bem como o movimento da Reforma Sanitária e a construção do SUS (este teve seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, requerendo maior participação estatal na Política de Saúde). Aborda-se a contrarreforma na Saúde, no contexto da década de 1990, e a privatização progressiva da atenção ao renal crônico terminal. Enfoca-se a reforma do Estado brasileiro, requerida pelos organismos internacionais (FMI e BM), sendo destacada a mediação do Fundo Público e a imbricação do capital na questão do repasse de verbas públicas para a compra de serviços privados, especificamente no setor da alta complexidade do paciente renal crônico. Conclui-se que a complementaridade invertida na atenção aos renais crônicos e a consequente privatização dessa assistência, em Alagoas e no cenário nacional, são resultantes do complexo jogo de interesses e contradições existentes, em que o Estado, na compra via SUS de serviços de diálise às instituições privadas e/ou filantrópicas, em consonância com as orientações do Banco Mundial, fortalece e expande o setor privado, reforçando assim a lógica do mercado no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Política de saúde. Tratamento dialítico. Complementaridade invertida. Privatização progressiva.

ABSTRACT

The work has as its object of study the complementarity of the private sector to the public sector in attention to chronic renal dialysis, in the context of the privatization of health care. Have as its main objective to demonstrate the progressive privatization due to the inverted complementarity in high complexity health care. It should be noted in the study investigative attention to chronic renal dialysis treatment in dialysis services hospital, both public and private, in the state of Alagoas, Brazil. This complementarity undergoes a process of reversal of the provisions of the Article 199, first paragraph of the Brazilian Constitution of 1988, which deals with the issue of supplementary private to the public in health care. We chose to perform bibliographic research and documentary research, because the data collection is essential for the demonstration of the complementary process reversed and the consequent progressive privatization of attention to chronic renal diseases by SUS. It discusses the Health Policy and the relationship between public and private in the context of the contemporary crisis of capital from 1970 to 1990, as well as the movement of Health Reform and the construction of SUS (this culminated at the VIII National Health Conference in 1986, requiring greater state participation in Health Policy). It approaches the Counter-Reformation of health care, in the context of the 1990s, and the progressive privatization of attention to terminal chronic renal diseases. Focused on the reform of the Brazilian State, required by international organizations (IMF and WB), being highlighted the mediation of Public Fund and the interweaving of the capital on the issue of the transfer of public funds for the purchase of private services, specifically in the sector of high complexity of chronic renal patient. It is concluded that the complementarity inverted in attention to chronic renal failure and the privatization of such assistance, in Alagoas and on the national scene, are the result of the complex interplay of interests and contradictions that exist in the State, in purchase via SUS of dialysis services to private institutions and/or philanthropic institutions, in line with the guidelines of the World Bank, will strengthen and expand the private sector, thus reinforcing the logic of the market.

Keywords: Health policy. Dialysis treatment. Inverted complementarity. Progressive privatization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREC	Associação Brasileira dos Renais Crônicos
ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AIS	Ações Integradas de Saúde
MAS	Assistência Médico-Sanitária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPSs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CIN	Centro Integrado de Nefrologia
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração e Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva
DRC	Doenças Renais Crônicas
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FEF	Fundo de Estabilidade Fiscal
FMI	Fundo Monetário Nacional
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGF	Imposto sobre Grandes Fortunas
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCQS	Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IR	Imposto de Renda
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IRCT	Insuficiência Renal Crônica Terminal
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial da Saúde
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Terapias Renais Substitutivas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	A COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: DA ESTATIZAÇÃO À PRIVATIZAÇÃO PROGRESSIVA	19
2.1	A Política de Saúde Brasileira: Raízes da Privatização: Reforma Sanitária e a Construção do SUS	25
2.1.1	A Reforma sanitária e a estatização progressiva.....	38
2.1.2	O SUS e a complementaridade do setor privado.....	48
3	A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E A PRIVATIZAÇÃO PROGRESSIVA DA ATENÇÃO AOS RENAIIS CRÔNICOS: COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA	54
3.1	Contrarreforma do estado brasileiro na saúde e a privatização do fundo público	54
3.1.1	Ofensiva neoliberal e contrarreforma sob as orientações dos organismos financeiros internacionais.....	57
3.1.2	Fundo Público, Interesses do Capital e Privatização.....	61
3.1.3	Privatização da saúde por dentro do SUS e a apropriação privada do fundo público.....	70
3.2	A complementaridade invertida na atenção aos renais crônicos	74
3.2.1	Os Serviços de atenção aos renais crônicos em Alagoas e no Brasil.....	82
3.2.2	A privatização na atenção aos renais crônicos terminais em Alagoas e no Brasil: a complementaridade invertida.....	93
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110

REFERÊNCIAS	120
--------------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação intitulada “A complementaridade invertida no SUS: a privatização progressiva da atenção ao renal crônico em Alagoas e no Brasil” tem como objeto de estudo a complementaridade do setor privado ao setor público na atenção ao renal crônico, no contexto da privatização da saúde.

A investigação em tela partiu de minha inserção como assistente social no Centro Integrado de Nefrologia do Hospital Prof. Alberto Antunes, ao observar o fato de ser este o único serviço público de Nefrologia do Estado de Alagoas, enquanto existiam vários serviços privados que assistiam os pacientes renais crônicos conveniados com o SUS. A partir desta observação surgiu a necessidade de investigar as determinações dessa realidade. A questão era entender a total inversão ao preceito estabelecido na Constituição de 1988, que em seu artigo Art. 199, § 1º, estabelece a complementaridade dos serviços privados aos serviços públicos, quando estes não tiverem capacidade para realizar a assistência médica.

A relação com os estudos e debates sobre a privatização da saúde realizados pelo grupo de pesquisa e extensão “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais” do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas, coordenado pela professora Dra. Maria Valéria Costa Correia, também me instigou ao objeto de estudo escolhido.

Este trabalho está incluído na linha de pesquisa do PPGSS/UFAL: Direitos Sociais e Políticas Sociais. A construção de um trabalho acadêmico possibilitou a relação entre a realidade vista como objeto do conhecimento e a execução do trabalho técnico-científico do assistente social (AMARAL; TRINDADE, 2001, p. 15). Nesse sentido, este trabalho científico percorre o caminho da investigação do real da Política Pública da Saúde, mais especificamente, da política de saúde que envolve o tratamento do renal crônico em diálise e o fator complementar na assistência pelo SUS, que se dá pelo setor privado financiado pelo público.

Percorre-se um processo investigativo, iniciado com algumas problemáticas, no sentido de demonstrar a progressiva privatização com a complementaridade invertida na alta complexidade, em especial no tratamento dialítico do setor saúde. Dessa forma, categorias centrais importantes são expostas para apreensão do objeto estudado, quais sejam: Estado, Política Social, Política de Saúde, Fundo Público. Recortamos, no estudo investigativo, a atenção aos renais crônicos em

diálise em tratamento dialítico em serviços de diálise hospitalar, ou seja, que são assistidos em serviços de diálises privados e públicos em Alagoas e no Brasil, tendo como objeto do estudo o processo da complementaridade e da privatização ocorrida nesse atendimento. Há necessidade de esclarecer os seguintes conceitos: tratamento dialítico, que compreende o tratamento realizado em pacientes que necessitam de assistência em Nefrologia (ciência que estuda os rins), abrange desde os pacientes com doença renal inicial, que são atendidos em ambulatórios, acompanhados por nefrologistas, até os que têm a patologia mais grave, com perda da função renal, onde se enquadram os renais crônicos em estágio terminal, que necessitam de sessões de diálises (hemodiálise)¹, diálises peritoneais² realizadas no domicílio do paciente, e ainda do transplante renal³; o segundo conceito: complementaridade invertida

. Essa complementaridade, prevista na Constituição Federal (CF/1988), sofre um processo de inversão; essa categoria vem sendo estudada e discutida pelo Grupo de Pesquisa “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, já mencionado, e denominada de “complementaridade invertida” (CORREIA; SANTOS, 2013). Seria a inversão do disposto no artigo 199, §1º, da Constituição Federal Brasileira de 1988, que trata da questão complementar do privado ao público, na

1

A hemodiálise é o processo de remoção do excesso de líquidos e de substâncias tóxicas do sangue que ocorre fora do organismo. O sangue é removido do corpo por um tubo e bombeado por uma máquina por meio de um dialisado (“rim artificial”). Após o processo de filtração, o sangue retorna ao corpo do paciente, através de outro tubo (BAXTER -BRASIL, 2012). Para que o sangue seja filtrado, é necessária a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa, a qual torna a veia mais calibrosa e permite um fluxo sanguíneo mais rápido (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013; BAXTER-BRASIL, 2012, p.12).

² A diálise peritoneal (DP) purifica o sangue por meio de um dos filtros naturais do próprio organismo, a membrana peritoneal, a qual reveste a cavidade abdominal. Um cateter flexível é colocado no abdômen do paciente e, através desse cateter, insere-se uma solução conhecida como “banho de diálise”. A solução entra em contato com a membrana peritoneal, a qual filtra os resíduos e fluidos do sangue. Após um período de permanência na cavidade abdominal, o banho de diálise fica saturado e é drenado e substituído por uma solução limpa (BAXTER-BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013). Os procedimentos de infusão e drenagem da solução são realizados pelo próprio paciente, de acordo com a prescrição médica. Pode ser um processo contínuo, realizado manualmente pelo indivíduo, diversas vezes ao dia (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua -DPAC) ou realizado com a ajuda de uma máquina, portátil, de forma automática durante a noite, Diálise Peritoneal Automática(DPA)(BAXTER-BRASIL, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013).

³ É uma opção de tratamento para os pacientes que sofrem de doença renal crônica avançada. No transplante renal, um rim saudável de uma pessoa viva ou falecida é doado a um paciente portador de insuficiência renal crônica avançada. Através de uma cirurgia, esse rim é implantado no paciente e passa a exercer as funções de filtração e eliminação de líquidos e toxinas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2013, p.1).

assistência à saúde. E o terceiro conceito: privatização progressiva, ocorre que a complementaridade, após promulgação da referida Constituição, vem se apresentando de forma invertida, proporcionando o que (CORREIA, 2012) designa como privatização progressiva, por dentro do SUS. Tomamos como objeto de investigação a particularidade deste processo na atenção aos renais crônicos em diálise.

Este dispositivo constitucional, ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os públicos fossem insuficientes, fez surgir a questão que constitui o objeto desta dissertação, da complementaridade do privado ao público na saúde. Portanto, o processo de complementaridade vem se invertendo.

Buscaremos estudar as determinações deste processo a partir das requisições do próprio objeto e dos seguintes questionamentos, que servirão de base para percorremos o objeto de estudo: quais os princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à relação entre os serviços públicos e privados na Saúde? Como se dá a relação entre os setores público e privado na atenção ao renal crônico em diálise pelo SUS, em Alagoas e no Brasil? Como têm sido alocados os recursos públicos do SUS destinados à atenção ao renal crônico terminal, em Alagoas e em todo o país? Que interesses do capital estão subjacentes ao tratamento do renal crônico em serviços privados na complementaridade ao atendimento pelo SUS?

Utilizaremos como fundamentos teóricos alguns autores clássicos, a exemplo de Marx e outros que produzem obras em Serviço Social, quais sejam: Behring, Yamamoto, Boschetti, Montañó, Mota, Duriguetto, Netto, Correia, Bravo e, os que tratam da política de saúde e da saúde pública: Escorel, Granemann, Gerschman, Cohn, Paim, Elias, Salvador, Campos, Fleury, Mendes, etc.

Definimos como objetivo geral analisar a complementaridade do serviço privado ao setor público no contexto da privatização da atenção aos renais crônicos em Alagoas e no Brasil. Para isso, estabelecemos alguns objetivos específicos: Identificar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira quanto à relação entre os setores público e privado na saúde; Conhecer o arcabouço jurídico do SUS quanto a complementaridade entre o setor público e privado; Estudar o processo de privatização do fundo público da saúde nos convênios e/ou contratos com o setor privado/filantrópico no tratamento dialítico dos renais crônicos em diálise; Realizar o mapeamento dos serviços de atenção aos renais crônicos em diálise prestados

diretamente pela rede pública e os contratados e/ou conveniados.

Metodologicamente, optamos por realizar uma pesquisa bibliográfica para fundamentar teoricamente as determinações do processo de “complementaridade invertida” e a consequente “privatização progressiva” por dentro do SUS, particularmente no tratamento dialítico aos renais crônicos, no contexto da contrarreforma do Estado e privatização do Fundo Público. Utilizamos também a coleta de dados quantitativos, fundamentais à demonstração do processo de complementaridade invertida ocorrida e à consequente privatização progressiva da atenção aos renais crônicos pelo SUS.

A dissertação foi organizada em duas seções, com vários subitens. Na primeira seção, será abordada a complementaridade do setor privado na política de saúde brasileira: da estatização à privatização progressiva, desde a institucionalização das políticas sociais, especificamente da política de saúde, e a relação entre público e privado no contexto da crise contemporânea do capital de 1970/1980 e 1990. Discutiremos o movimento da Reforma Sanitária e a construção do SUS, que teve seu ápice na VIII Conferência de Saúde, em 1986, requerendo do Estado participação maior na condução dessa política. Este movimento vem de encontro à onda privatizante que existia no Brasil na década de 1970 e objetivava a saúde como direito universal.

Será visto nesta seção, como se dá a relação entre esse sistema de saúde público e o setor privado da saúde na oferta de serviços para os usuários do SUS, destacando a participação destes no repasse de verbas para a compra de serviços privados, notadamente os de alta complexidade no tratamento dialítico em Alagoas e no Brasil.

Na segunda seção trataremos da contrarreforma na Saúde, no contexto década de 1990, e da privatização progressiva da atenção ao renal crônico em diálise: complementaridade invertida, quando se discutirá o Estado e a relação deste com a crise do capital. Abordaremos a reforma do Estado brasileiro, alternativa encontrada à época pelos capitalistas para o enfrentamento da crise, uma vez que este Estado não se mostrava eficiente em sua contribuição para o aumento da taxa de lucros, o que Behring e Boschetti (2008) chamou de contrarreforma do Estado.

Na sequência, discutiremos a determinação da ofensiva do neoliberalismo, após os anos 1990, com ênfase nas leis do mercado, e a subordinação do Estado aos ditames de organismos financeiros internacionais (personificações do capital),

influenciando diretamente as políticas sociais brasileiras. Destacaremos a mediação do fundo público e a imbricação do capital na questão do repasse de verbas públicas na compra de serviços privados, especificamente no setor da alta complexidade do renal crônico terminal. Discutiremos a complementaridade a partir da legislação constitucional, prevista em dispositivo legal acima mencionado.

A própria legislação, tanto constitucional como infraconstitucional estabelece a possibilidade de o setor privado disponibilizar serviços de diálises complementares ao setor público. O Estado compra serviços privados utilizando o Fundo Público da Saúde, via SUS.

Esclareceremos também, na referida seção, a patologia que envolve a perda da função dos rins (DRCT), o perfil epidemiológico da DRCT, a Política do Portador das Doenças Renais e o interesse capitalista que leva à mercantilização desse tratamento dialítico. Apresentaremos dados em tabelas, obtidos sobre tratamento dialítico aos DRCT, colhidos através de pesquisa em *sítes* oficiais do DataSUS, CNES e outros do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que a análise desses dados e a demonstração do financiamento do SUS na compra de serviços de diálise nas instituições privadas e/ou filantrópicas⁴ se torna fundamental para a comprovação do objeto a que nos propomos a investigar nesta dissertação. Nas considerações finais, procuraremos reunir e condensar as análises efetuadas ao longo da fundamentação teórica, determinantes para a compreensão do estudo do objeto, ao tempo que buscaremos identificar e demonstrar, a partir dos dados colhidos, a complementaridade invertida na atenção aos renais crônicos, no caso em tela, o renal crônico em diálise, e a consequente privatização dessa assistência dialítica em Alagoas e no cenário nacional.

⁴ [...] o modelo de assistência filantrópica data de quinhentos anos de existência em nosso País, deixando profundas implicações nos traços culturais e sociais num território em que se busca substituir o princípio do assistencialismo como favor e benemerência pelo princípio do direito de cidadania, na saúde, está expresso no SUS. Com base nisto, teve o reconhecimento no texto constitucional da saúde brasileira a prioridade na contratação/convênio da oferta complementar de serviços de saúde não prestados pelo SUS. Constituído de uma extensa gama de organizações em que sobressaem desde associações de atenção aos portadores de patologias ou de necessidades especiais, como as Apaes, Apacs, etc, a hospitais de alta incorporação tecnológica como o Hospital Albert Einstein em São Paulo, ACIOLE, 2006, p. 266).

2 A COMPLEMENTARIDADE DO SETOR PRIVADO NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: DA ESTATIZAÇÃO À PRIVATIZAÇÃO PROGRESSIVA

Para compreender as determinações da complementaridade invertida no SUS e o processo de privatização progressiva da atenção aos renais crônicos em Alagoas e no Brasil, partimos da análise da concepção de Estado e da política social adotadas no Brasil. Destacamos a Política de Saúde desde a década de 1970, dando ênfase ao Movimento de Reforma Sanitária, que se verifica desde meados dos anos 1970. Movimento que vem de encontro à onda privatizante que existia no Brasil na década de 1970, com o modelo médico assistencial privatista utilizado. O Movimento da Reforma Sanitária tem papel fundamental na construção do Sistema Único de Saúde, instituído através da Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/1990. Abordaremos a expansão progressiva do setor privado; as questões que envolvem a complementaridade do setor privado ao SUS; e a relação entre esses dois sistemas de saúde na oferta de serviços de diálises para os usuários do SUS.

Para entendermos a questão da complementaridade, sua inversão e o processo da privatização do tratamento dialítico, ocorrido no interior do SUS, no cenário brasileiro, iniciamos com um breve estudo sobre Estado brasileiro. Será destacada a formação social e econômica do Brasil, que perpassa pela formação de um Estado que se encontra estruturalmente ligado ao sistema capitalista, notadamente na administração das crises deste sistema.

Do ponto de vista histórico, há uma imprecisão ao afirmar o surgimento das primeiras identificações do que se poderia denominar de políticas sociais. Segundo Behring (2000), “[...] elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal”. Estas têm suas gêneses no século XIX, com o capitalismo monopolista, mais especificamente, no Pós -Segunda Guerra, “quando se tem um reconhecimento da questão social⁵ inerente às relações sociais

⁵ Questão social segundo Iamamoto e Carvalho (1995) [...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão. (IAMAMOTO;

no modo de produção do capitalismo”, através das conquistas da classe trabalhadora (BEHRING, 2000, p. 21).

Nos últimos anos do século XIX, o capitalismo experimentou grandes modificações em sua dinâmica econômica. Com a transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo de monopólios, esse último recoloca em patamar alto o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica, todos desvelados pelas críticas marxianas (NETTO, 2001, p. 19)

É próprio do capitalismo a obtenção de lucros, a extração da mais-valia⁶, advinda de simultâneos processos de trabalhos e valorização que integram a formação do valor das mercadorias⁷, o qual se realiza na esfera da circulação (BEHERING; BOSCHETTI, 2008, p. 69). No entanto, o processo em tela não ocorre sempre da mesma maneira, pois, a depender do desenvolvimento histórico, assume características próprias, dependendo de vários fatores presentes no contexto:

[...] a busca do lucro adquiriu forma específica em cada período do modo de produção capitalista: capitalismo concorrencial (século XIX), imperialismo clássico (fins do século XIX até a Segunda Guerra Mundial) e o capitalismo tardio (pós-1945 até os dias de hoje) (BEHRING; BOSCHETTI 2008, p. 69).

O contexto histórico determina ao modo de produção capitalista algumas características próprias; estas requerem do Estado direcionamentos políticos e econômicos, de maneira que o Estado se comporta de forma a atender ao capital.

De acordo com Netto (2001, p. 25),

[...] a necessidade de uma nova modalidade de intervenção do Estado decorre primariamente [...] da demanda que o capitalismo monopolista tem de um vetor extra-econômico para assegurar seus objetivos estritamente econômicos. O eixo de intervenção estatal na idade do monopólio é direcionado para garantir os superlucros dos monopólios-- e, para tanto, como poder político e econômico, o Estado desempenha uma multiplicidade de funções.

O Estado, estrutural ao capitalismo monopolista e com seu poder político,

CARVALHO, 1995, apud SANTOS 2012, p. 25).

⁶ Mais-valia, diferença entre o valor final da mercadoria produzida e a soma do valor dos meios de produção e do valor do trabalho, que seria a base do lucro no sistema capitalista.” (Marx, 1994, p. 211);

⁷ A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada a coisa. Não importa a maneira como a coisa satisfaz a necessidade humana, se diretamente, como meio de subsistência, objeto de consumo, ou indiretamente, como meio de produção.(Marx,1994, p. 41-2).

propicia a acumulação e a valorização do capital. Nessa seara, o Estado, para exercer o papel de “comitê executivo” da burguesia, agora monopolista, precisa se legitimar politicamente. Utiliza, por conseguinte, como estratégia

[...] o alargamento de sua base de sustentação e legitimação sócio-política, mediante a generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais, permite-lhe organizar um consenso que assegura o seu desempenho (NETTO, 2001, p. 27).

Desse modo, conforme Netto (1992) há um “[...] reconhecimento da ‘questão social’ inerente às relações sociais no modo de produção” do capitalismo.

Segundo Montañó e Duriguetto (2011), o Estado

[...] É uma instituição desenvolvida e comandada pela ordem que a funda (ordem burguesa), portanto um Estado inserido e produzido pela sociedade capitalista, no contexto e resultando das lutas de classes, não sendo independente do sistema socioeconômico e político que o criou, dos seus interesses em jogo e das correlações de forças sociais [...] porém, como resultado tenso das contradições e lutas de classes, é também o espaço de desenvolvimento de direitos e conquistas sociais históricas[...] (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 143) (grifo do autor)

Conforme Montañó (1997), o Estado atua através das políticas sociais, que efetivamente são, pelo autor, consideradas “[...] instrumentos privilegiados de redução de conflitos, já que contêm conquistas populares, sendo que estas são vistas como concessões do Estado”. Assim, o Estado através das políticas exerce sua função social e também econômica, na medida em que confirma a “desresponsabilização” do capitalista na reprodução da força de trabalho que contrata. Montañó (1997, p. 105) afirma que

[...] nesse processo, o que seria de responsabilidade única do capitalista na reprodução da força de trabalho é transferida para o Estado e socializada por este, na medida em que obtém recursos para as políticas sociais e através dos impostos que recai entre a população. Com isto, a acumulação de capital se consolida e aumenta, de modo que os custos do capital variável (força de trabalho) são reduzidos para o capitalista.

O Estado, ao buscar sua legitimidade, se antecipa em algumas ocasiões e responde às demandas reivindicadas pela classe dominada, como forma estratégica de evitar conflitos.

Conforme Montañó e Duriguetto (2011),

[...] apesar do importante papel que o Estado cumpre para a acumulação de capital, os aspectos que caracterizam o chamado “Estado benfeitor”, e sua intervenção via serviços e políticas sociais -- direitos políticos e sociais, a

democracia, a legislação trabalhista, as políticas e serviços sociais e assistenciais, entre outros-- não podem ser creditados apenas aos interesses capitalistas (industrial-comercial); eles devem ser em alguma medida pensados também como produto de fortes e permanentes lutas de classes (manifestas ou não), demandando e pressionando a classe hegemônica e o próprio Estado para dar tais respostas às necessidades dos trabalhadores e da população em geral (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.145)

Conforme Netto (1992), as efetivações das políticas sociais não são postas em prática tendo como parâmetro uma visão de totalidade, mas são realizadas em recortes da realidade, seguindo uma racionalidade burguesa, segundo Montaño (1997, p. 105), “se deseconomiza e se despolitiza a esfera social; se deseconomiza a política e se despolitizam as relações econômicas, como se a sociedade pudesse ser entendida a partir ‘recortes’ da realidade”.

Dessa maneira, as políticas sociais também atuam a partir de recortes, atuando de forma parcializada, fragmentada, e sem resolver concretamente e de forma completa as questões sociais.

Fica claro que o Estado se revela impotente perante os males sociais, não dispondo de nenhum interesse em ir à raiz desses males, em identificar suas causas materiais. Ou seja, “tal Estado não tem nenhum interesse de acabar com a impotência da sua administração, porque teria que eliminar a atual vida privada, e ao fazer isso, eliminaria a si mesmo, uma vez que só existe como antítese dela” (MARX, 1994, p. 61).

Vale a pena reforçar que o pacto entre a classe trabalhadora e os capitalistas só ocorreu porque a classe trabalhadora deixou de lado a perspectiva revolucionária de socialização da economia. Acordos e compromissos assumidos por estas duas classes levaram à aprovação de diversas legislações sociais e ao chamado *Welfare State*, em que algumas conquistas foram possibilitadas.

A partir de circunstâncias históricas específicas, observa-se acordos entre as duas classes (burguesia e classe trabalhadora) em torno do acesso aos direitos sociais, concretizado e institucionalizado sob a forma de políticas sociais abrangentes e mais universais, cabendo ao Estado a expansão dos benefícios sociais, o incentivo e a viabilização do consenso político em prol da economia mista e do sistema de bem-estar, e, por último o compromisso do Estado com o crescimento econômico e o pleno emprego (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 92).

Nesse entendimento, Boschetti (2013) acrescenta

Encontramos em Chesnais (1996; 2008; 2011) argumentos contundentes que demonstram o processo de mundialização do capital e apontam elementos que nos permitem compreender a relação umbilical entre as políticas sociais, especialmente a seguridade social, e a capacidade do capital de encontrar formas de reprodução necessárias ao enfrentamento de seus limites e crises (BOSCHETTI, 2013, p 355)

As políticas sociais tiveram forte expansão após a Segunda Guerra Mundial, tendo como fator decisivo a intervenção do Estado na regulação das relações sociais e econômicas. A simples instituição e expansão, contudo, não pode ser interpretada como instauração do *Welfare State*. As análises internacionais, mesmo utilizando terminologias distintas, sempre adotam como referência os clássicos bismarckiano e beveridgiano como parâmetros para a caracterização do Estado Social e dos sistemas de seguridade social predominantes nos países capitalistas da Europa Ocidental (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 98-99).

A crise do Estado de bem-estar, nos EUA e em parte da Europa, nos anos 1970, impulsionou, na década posterior, o liberalismo a retornar ao cenário político com uma nova roupagem, através do neoliberalismo. Seus principais precursores, Ronald Wilson Reagan (EUA) e Margaret Thatcher (Inglaterra), difundiram a teoria de que para evitar futuras crises no sistema capitalista era necessário retomar as ideias liberais de liberdade de mercado. Desta forma, colocaram em foco a valorização da sociedade civil, que precisa responder às refrações da “questão social”, bem como a redução gradativa da intervenção estatal na área social, caracterizada pela precarização, privatização e focalização dos serviços públicos, além do repasse da gestão de bens e serviços públicos para a esfera privada.

Conforme Behring e Boschetti (2008), a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação das forças predominantes, sendo os direitos trabalhistas e previdenciários fruto das reivindicações dos movimentos da classe trabalhadora. Peculiarmente, nos períodos de ditadura no Brasil, quando os direitos políticos e civis estavam cerceados, os direitos sociais serviram de base de legitimação das classes dominantes (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 79).

A correlação de forças⁸ entre as classes teve um papel fundamental como

⁸ Correlação de forças [...] correlação de forças políticas, quer dizer, a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconfiança e de organização atingido pelos diferentes grupos sociais. Esse momento, por sua vez, pode ser analisado e distinguido em diferentes e vários graus, que correspondem aos diferentes momentos da consciência política coletiva, tal como se manifestaram até agora na história. O primeiro e mais elementar é o econômico- corporativo; Um segundo momento é o que alcança a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico. Nesse momento já se coloca a questão do

estratégia de para pressionar o Estado a responder às demandas do capital e do trabalho. Santos (2012) assevera:

[...] as frações das classes dominantes operam, quase sempre pela via do Estado e burlando os mecanismos democráticos constituídos, -- ou, falando gramscianamente, pelo alto, -- as medidas de atendimento dos interesses subalternos em jogo, controlando o seu grau de abrangência. (SANTOS, 2012, p. 113)

Nesse sentido, a articulação Estado e políticas sociais está permeada por uma correlação de forças. Na década de 1970, os setores de saúde privada assistiam a quem poderia pagar pelos serviços de saúde; a maioria da população não se encontrava vinculada formalmente a um emprego e não dispunha de saúde pública, na forma da assistência integral.

Diante desse contexto, a Universidade e setores da área da saúde, teóricos, grupos sociais progressistas da sociedade civil e técnicos da saúde iniciaram um processo contra- hegemônico em oposição aos setores de saúde privados, procurando dar outra diretriz à política de saúde brasileira. A esse sistema privado de saúde vigente, esse movimento, pressionava o Estado para mudanças nesse sistema de saúde e buscava a estatização deste.

O item a seguir irá discutir a política de saúde brasileira a partir dos anos 1930, mostrando as raízes e a privatização do processo de compra de serviços privados de saúde, com destaque aos anos de 1980, em que efervescia o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil e o processo de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, que objetivava se contrapor ao modelo médico assistencial privatista vigente à época. Vários sujeitos políticos dentro deste

Estado, mas só no terreno de alcançar uma igualdade político-jurídica com os grupos dominantes, pois se reivindica o direito de participar na legislação e na administração, e nas oportunidades de modificá-los, de reformá-los, mas no quadro fundamental existente. Um terceiro momento é aquele em que se alcança a consciência de que os próprios interesses corporativos, no seu desenvolvimento atual e futuro, ultrapassam os limites da corporação, do grupo meramente econômico, e podem e devem vir a ser os interesses de outros grupos. Essa é a fase mais francamente política, que marca a passagem da estrutura às superestruturas complexas[...]. O Estado é concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar as condições favoráveis à máxima expansão do próprio grupo, mas esse desenvolvimento e essa expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de toda a energia "nacional", quer dizer, o grupo dominante vem coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados, e a vida estatal vem concebida motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de toda a energia "nacional", quer dizer, o grupo dominante vem coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados, e a vida estatal vem concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e dos grupos subordinados, equilíbrios nos quais os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até certo ponto, não até o estreito interesse econômico-corporativo[...](GRAMSCI, 1975, p. 489-504 apud GRANJA, 2008, p.1)

Movimento, disputavam suas propostas no sentido de dar direção ao Movimento Sanitário. Uma das propostas, representada pelo movimento popular da saúde, era a da estatização da saúde, ou seja, o Estado assumir responsabilidade pela saúde do brasileiro. Veremos como se processou esse Movimento da Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde, no próximo item.

2.1 A política de saúde brasileira: raízes da privatização: reforma sanitária e a construção do SUS

Para entender o processo de constituição do sistema público de saúde brasileiro faz-se necessário entender alguns pontos, notadamente no percurso histórico de sua formação e como se estabeleceu a relação entre os setores público e privado no seu interior.

O processo histórico da saúde no Brasil foi marcado por diversas mudanças administrativas e jurídicas, com edições de inúmeras normas; desde o surgimento da Colônia até meados de 1930, medidas eram postas em prática sem quase nenhum planejamento, a exemplo das campanhas realizadas sob moldes militares que programavam atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição de parte da população a essa forma de política pública. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, sancionada por Oswaldo Cruz, o então Diretor-Geral de Saúde Pública.

De acordo com o documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007, p. 18)

[...] as políticas de saúde, cujo início efetivo pode ser apontado em fins da década de 1910-- encontravam-se associadas aos problemas de integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis, foram resultados do encontro de um movimento sanitário, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis apenas para o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existente no país (LIMA, 2005 apud PROGESTORES, 2007, p.18.)

Vale destacar que, só na década de 1920, como medida de proteção social, através da Lei Eloy Chaves, foi iniciado o processo de legalização da Previdência Social no Brasil, que se constituiu como uma iniciativa, decorrente, naquele momento, das expressões da questão social. Esta Lei implantou as Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAPs⁹), primeiro seguro para a classe trabalhadora empregada nas empresas privadas, especificamente para os trabalhadores ferroviários. Estas eram organizadas pelas empresas, e a adesão era compulsória aos trabalhadores. Sob contratos tinha como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes. Pode-se considerar como início do processo de privatização da saúde no Brasil.

Conforme Cohn e Elias (2005, p. 7),

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil, em contraste com os demais países latino-americanos, e em consequência desse vínculo com a Previdência Social, apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, com as consequências que disso derivam, e que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela Previdência Social, já na década de 1920.

Observou-se um crescente número de criação de CAPs, notadamente no Sudeste do Brasil, centro da economia brasileira e do poder.

Conforme Cohn et al. (2002), no Brasil a questão particular da assistência médica está vinculada à previdência social. Cohn (2002), ao realizar um retrospecto da saúde no Brasil, discute alguns aspectos que caracterizam a tensão, sempre existente, entre o público e o privado:

[...] a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária e, posteriormente da rede pública, sendo crescentemente pressionada a buscar nova identidade sem perder a sua especificidade. Essa complementaridade tensa traduz exatamente a questão do coletivo contraposta ao individual, a do curativo contraposta ao preventivo (COHN et al., 2002, p. 13).

A assistência médica, de acordo com Cohn et al. (2002), fica relacionada à esfera privada, “[...] como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal”, acrescentando a isso o fator contributivo e contratual compulsório dos empregados.

Cohn e Elias (2005) afirmam que:

Não obstante, a partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por profunda reformulação, numa conjuntura marcada por grave crise

⁹ Criadas através do Decreto- lei nº 4682/1923 cria a 1ª CAP. São em entidades públicas com larga autonomia com relação ao Estado, instituídas como um contrato compulsório, organizadas por empresas, geridas através de representação direta de empregados e empregadores, tendo a finalidade puramente assistencial. Financiadas em sistema tripartite:” contribuição compulsória de empregados e empregadores (3%do salário e 1,0% da renda bruta da empresa) e da União (1,5% das tarifas de serviços)(COHN et al, 2002, p. 14-5)

econômica mundial, que leva ao país a buscar nova forma de inserção no mundo capitalista [...].Durante o período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões(IAPs), que vão sendo sucessivamente criados, agora agregando os trabalhadores por categorias profissionais (COHN, ELIAS, 2005, p.16-17).

Cohn (2005), em relação ao funcionamento dos IAPs, avalia como retrocesso em relação às CAPs, uma vez que a contribuição dos empregadores passava a ocorrer sobre a folha de salários e não sobre o faturamento da empresa, daí a receita dos IAPs vir exclusivamente da contribuição salarial.

A partir dos anos 30, conforme Costa Júnior e Costa (2014), com o intuito de garantir a força produtiva foi necessário que a população formalmente empregada tivesse sua saúde mais bem atendida. De acordo com esses autores, “neste período, a implementação de programas e serviços auxiliares de assistência médica foi realizada através de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas¹⁰” (COSTA JÚNIOR e COSTA, 2014, p.1). A política de saúde , assim como a saúde pública, dessa época tinham como referência o setor privado, com assistência médica do tipo curativa, em meio ao processo burocrático. Assistimos uma dualidade na área da saúde, quem podia pagar se diferenciava do restante da população sem recursos, era a chamada medicina liberal,característica da dualidade do sistema de saúde (individual/coletivo, público/privado).

A conjuntura se altera com acontecimentos marcantes: o próprio processo de industrialização e o envolvimento e participação de grande parte dos trabalhadores urbanos em sindicatos, pressionando o governo, contribuíram para que o Estado implantasse políticas sociais. Conforme Simões (2008), “no âmbito da saúde, instituiu um sistema corporativista, voltado especificamente para os trabalhadores, incentivando-os à integração no sistema sindical”.

Cohn e Elias (2005) ressalta que entre 1930 e a promulgação da CF de 1988, várias medidas foram tomadas para reverter à deficiência de recursos arrecadados pelos IAPs. Adotou-se o regime de capitalização, como mais um modo de captar recursos dos trabalhadores; representava poupança compulsória, e este não tinha

¹⁰ Getúlio Vargas governou o país em dois períodos: de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954. Sua longa permanência no poder tornou-o uma das personalidades mais marcantes da vida política nacional no século XX, e permitiu que se falasse em uma "Era Vargas". Afinal, desde que assumiu o governo provisório da República com a vitória da Revolução de 30, Getúlio passou a representar um divisor de águas entre as forças políticas do país. Disponível em:

<(http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/apresentacao>. Acesso em: 15 out. 2014.

nenhum controle sobre aquela. Cohn e Elias (2005) assim avaliam esse movimento de captação compulsório de recursos dos trabalhadores urbanos, aliado à dominação do capital ao trabalho:

[...] Significa, ainda, a vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes, na razão inversa da sua capacidade de organização em defesa de seus interesses. (COHN; ELIAS, 2005, p.19).

A política previdenciária se consolida com características bem definidas, quais sejam: a centralização, o burocratismo e a ineficiência que contribuem, paradoxalmente, para sua eficácia política, uma vez que os trabalhadores não têm nenhum controle sobre o sistema da previdência social. Isso vai proporcionar a partir de 1946, com a política populista, um grande meio de cooptação de trabalhadores. No entanto, paralelamente, acontecem as mobilizações e lutas dos trabalhadores em defesa de organizações, diferentemente do sistema verticalizado, bem como a busca pelo controle da Previdência Social, numa disputa em que os trabalhadores procuravam recuperar a sua participação nessa Instituição.

Porém, o contexto brasileiro dos finais dos anos de 1960 e começo de 1970, determina a política econômica, marcada pela crise capitalista nas referidas épocas, e que traz à tona mudanças no cenário brasileiro e na correlação de forças na luta pela saúde, de acordo com Bravo (2013). A esse sistema privado de saúde vigente, um movimento, encabeçado por acadêmicos, técnicos da saúde e alguns representantes dos setores progressistas da sociedade civil, pressionava o Estado para mudanças nesse sistema de saúde e buscava a estatização deste.

Em 1964, no Brasil, com o golpe militar inicia-se um período de governos autoritários, sob uma ditadura militar. O regime militar, a princípio, tinha dois grandes propósitos: “normalizar” a economia¹¹ e “restaurar” a ordem. Para tanto utilizou de meios repressivos e de estratégias, tentando coibir alguma mediação que pudesse existir entre o Estado e a sociedade.

De acordo com Bravo,

A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que

¹¹ A implantação da hegemonia neoliberal no Brasil, ao longo dos anos 90, exigiu não só a ascensão ao governo de uma orientação política afinada com os princípios doutrinários do livre-mercado e do antiestatismo, princípios ligados aos interesses do grande capital estrangeiro e nacional, particularmente o de caráter financeiro, mas a realização de uma série de reformas institucionais, muitas delas de caráter

modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. (BRAVO, 2009, p. 93)

Com relação à economia, procurou excluir economicamente as classes populares e se buscou a despolitização das questões sociais, especificamente das relacionadas à saúde, que passaram a ser enfrentadas dentro da neutralidade técnica. O tratamento neutro dado as expressões da “questão social” no contexto do regime militar repercutiu na área da saúde, uma vez que a repressão tolheu pesquisas científicas, acarretando crises nas Instituições de pesquisa de ponta, tal como o Instituto Osvaldo Cruz.

Conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 175):

A lógica do modelo do Sistema Nacional de Saúde no final da primeira fase do regime autoritário-burocrático (1964-1974) tem como características gerais: o predomínio (financeiro e político) das instituições previdenciárias, os trabalhadores afastados do processo de direção e a hegemonia dos anéis burocrático-empresariais cujos interesses conduzem à mercantilização da saúde.

No período do regime militar, a política econômica utilizada e a diminuição de ofertas de serviço público de saúde contribuíram de maneira significativa para a incidência de uma série de doenças. Como afirma Gerschman (2004, p. 9) “durante esse período, os militares e seus aliados civis permaneceram firmemente no poder e controlaram intimamente tanto o ritmo quanto o conteúdo das formas políticas”.

Em plena ditadura militar, contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro, situa-se o alinhamento da saúde aos interesses do capital no interior do setor previdenciário, através da implementação de um complexo médico-industrial que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos. Isso se deu mediante a compra de serviços médicos privados, o que proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas.

As manifestações da crise capitalista dos finais dos anos 1960 e início dos anos 1970 são diferenciadas, incidindo no movimento operário, mas envolvendo também novas questões: as manifestações de 1968, que denunciam a crise das instituições universitárias e a crise social geral. As camadas técnicas e categorias sociais específicas sofrem processo de assalariamento generalizado, próprio da maturação do capitalismo, derivando na complexificação da estrutura social.

De acordo com Bravo (2013, p. 77):

[...] Estas manifestações da crise capitalista fazem com que a luta de classes tome uma configuração específica nos centros urbanos, surgindo na Europa, Estados Unidos e América Latina (incluindo o Brasil), diversos enfrentamentos da crise urbana.

A partir da crise capitalista desse período (1960/1970), o Estado, diante das manifestações democráticas e populares da população, tem suas funções complexificadas, requerendo intervenções ampliadas. Bravo (2013), por conseguinte, afirma que além do exercício da “tarefa estatal de legitimadora, a de acumulação, no sistema de saúde, consiste em proteger e reforçar o setor privado”. “A mais sutil função do Estado, entretanto, é o reforço das estruturas dominantes na medicina clínica e científica, que são coerentes com o sistema” (BRAVO, 2013, p. 81).

Constitucional, que redefiniram a ossatura do aparelho de Estado, reforçando seu caráter autocrático-burguês. Tais reformas foram criadas com a finalidade de conter “qualquer componente democrática de controle do movimento do capital” (NETTO, 1993, p. 81).

Conforme Mendes (1999), nos anos 60 praticava-se o controle de erradicação das doenças da população como forma de não acarretar prejuízos à exportação e, conseqüentemente, não interferir negativamente nos lucros. O modelo de saúde predominante era o sanitarismo campanhista¹².

Paralelamente, Mendes (1999) afirma que no final da década de 1960, com a expansão do complexo industrial e com a queda do modelo agrícola e exportador, surge a assistência médica através da Previdência Social. Em 1966, ocorre a unificação dos IAPs em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que proporcionou uma ainda maior participação do Estado.

Afirma Mendes (1999, p. 20):

Observou-se, então um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acaba por levar à conformação e hegemonização do

¹² O sanitarismo campanhista significa uma visão inspiradora militarista, de combate a doenças de massa, com criação de estruturas *ad hoc*, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social(MENDES, 1999, p. 20).

modelo–assistencial privatista¹³

O modelo assistencial privatista se caracteriza por ser um modelo que dá prioridade à assistência hospitalar em serviço privado, a não participação da classe trabalhadora nas decisões que envolvem a política de saúde, e ainda pelo seu caráter altamente centralizador a nível federal, notadamente no que concerne ao aspecto do financiamento.

Conforme Andrade (2007, p. 1)

Mendes (1994) acrescenta que estruturalmente o modelo médico assistencial privatista constitui -se de quatro subsistemas: a) o subsistema estatal, representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, onde se exercia a medicina simplificada destinada à cobertura de populações não integradas economicamente; b) subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir os benefícios dessa instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente; c) o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair mão- de - obra qualificada das grandes empresas; d) o subsistema de alta tecnologia, organizado em torno dos hospitais universitários e alguns hospitais públicos de maior densidade tecnológica.

De acordo com Mendes (1999), as políticas públicas são construídas sob-bases que proporcionam, na década de 1970, o modelo assistencial privatista, que se firma em três pilares:

[...] a) O Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social; b) O setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção à saúde; c) O setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1999, p. 26.)

O que se observa na década de 1970 é que toda a assistência médica financiada pela Previdência Social, paralelamente, proporcionou um grande crescimento de leitos, a arrecadação de recursos, com cobertura de serviços, e obteve um dos maiores orçamentos jamais visto no país. Porém, como esclarece Escorel, Nascimento e Edler (2005) estes serviços eram

[...] prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidades de Serviço (US) e essa forma de

¹³ Luz (1979) enfatiza que nessa época tem início um a reestruturação do Sistema de Saúde, que pode ser denominado sanitarismo campanhista, e que predominou do início do século até meados dos anos 60(ANDRADE, 2007, p. 25).

pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reformas de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social [...] O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61-62)

É importante observar que, até aquele momento, as pessoas que necessitassem de atendimento médico teriam duas opções: ou pagavam por atendimentos particulares ou eram atendidas por filantropia. Caso se encontrassem registradas como trabalhadores em alguma empresa, nessa condição contribuíam para a Previdência. Com relação às ações propriamente ditas de prevenção nesse modelo de sistema de saúde, eram de acesso para todos, funcionavam paralelo às ações de assistência curativas. Em decorrência tínhamos um inadequado modelo de atenção à saúde, sem integralidade necessária, uma vez que a cura e a prevenção funcionavam em separado.

O governo militar de Geisel questionava a forma organizativa do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), porque era sua intenção expandir a cobertura previdenciária. Com esse propósito fora criado, em 24 de outubro de 1974, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência (MPAS), que trabalhariam articulados, segundo protocolo em Convênio MEC-MPAS, discriminando novas bases para a relação entre Hospitais Universitários e a Previdência Social; buscava-se a relação entre ensino e a prática em saúde. A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, criou o Sistema Nacional de Saúde, inspirada numa visão sistêmica, ordenando e consolidando as mesmas funções, duplicações e superposições que já mobilizavam o pensamento crítico das políticas de saúde.

Várias críticas surgiram sobre a forma de organização e implementação do sistema e da política de saúde. Quanto a essa avaliação, uma das instituições acadêmicas da área da saúde, o CEBES, ao analisar o contexto, afirma que:

Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento socioeconômico do governo privatizante, empresária e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico [...] Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980, p. 47).

O CEBES em sua trajetória esteve sempre envolvido com o processo político da Saúde, mesmo no período crítico do regime militar, difundindo a ideia do sanitarismo. A relação entre saúde e democracia estava presente sempre em suas bandeiras de luta.

Saúde é democracia, democracia é saúde representava mais do que um slogan. Sintetizava uma concepção política da democracia como valor, e não simplesmente como estratégia ou tática das lutas contra o autoritarismo e pela reforma social. A democratização da saúde passava pelo reconhecimento do direito à saúde, ao lado da democratização do Estado, da sociedade brasileira e da cultura, bem como pela implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, público e descentralizado. Logo nos primeiros números da saúde em Debate, entre 1976 e 1977, o CEBES defendia o direito à saúde para todos e a efetivação de uma Reforma Sanitária. Mobilizando distintos sujeitos individuais e coletivos, apresentou o documento A questão democrática na área da saúde, propondo pela primeira vez a criação do SUS em 1979, durante o 1º Simpósio de política Nacional de Saúde da Câmara dos deputados (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1980, p. 47).

Constata-se que no período militar o Sistema de Saúde Brasileiro restringia sua arrecadação através das instituições previdenciárias, à época (1966) no Instituto Nacional de Previdência Social, e concentrava-se numa burocracia técnica que buscava a mercantilização cada vez mais crescente do sistema de saúde do momento. Escorel, Nascimento e Edler (2005) assim analisam o cenário em que se coloca a saúde pública:

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos - que não chegavam a 2% do PIB - colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61).

A intervenção do Estado, por consequência desse movimento da sociedade nos anos 1960-1970 no setor Saúde, toma maior dimensão, consequência das crises ocorridas no capitalismo e das pressões dos movimentos populares. Conforme Bravo (2013):

Outra tarefa estatal, além de legitimadora, a de acumulação, no sistema de saúde, consiste em proteger e reforçar o setor privado [...], porém, [...] a mais sutil função do Estado, entretanto, é o reforço das estruturas dominantes clínica e científica, que são coerentes com o sistema (BRAVO, 2013, p. 81).

Como se observa, o Estado sempre presente estruturalmente às crises do capital, respondendo a essas, de maneira a garantir a sua lucratividade, funciona

como reforçador do sistema de saúde privado, ao manter as estruturas privatistas da saúde.

De acordo com Dallago (2014):

Durante os anos da ditadura militar as políticas sociais possuíram em seu interior o objetivo de legitimação do sistema autoritário vigente, com caráter fragmentário, setorial e emergencial, se sustentava na necessidade de dar legitimidade aos governos que buscavam bases sociais para manter-se no poder. Neste período, passava-se a ideologia de que o desenvolvimento social seria decorrente do desenvolvimento econômico. Pode-se dizer que durante o período de 1964 (golpe militar) a 1988 (Constituição democrática), o país se desenvolveu economicamente, com expansão da produção, modernização e entrada do capital estrangeiro, onde as políticas sociais “apresentavam” um caráter assistencialista e clientelista (DALLAGO, 2014, p.1).

Conforme Gerschman (2004), o que deve ser ressaltado, nesse momento político, é que a situação política brasileira se deu sob fortes tensões políticas, tornando muito difícil estabelecer regras e definir as instituições que serviriam de sustentação à consolidação da democracia no país. Observa-se que “a transição foi uma das mais longas que se conhece: estendeu-se por dez anos, sendo claramente controlada durante os primeiros cinco anos, até 1979” (GERSCHMAN, 2004, p. 33). O relevante no período mais repressivo do regime militar é que surgiam pensamentos avançados que pretendiam transformar a área da saúde, como demonstra Escorel (1999):

Durante o período mais repressivo da ditadura militar desenvolveu-se um pensamento transformador na área da saúde. Enquanto os derrotados (as classes populares e seus representantes) eram silenciados pelo regime, foi sendo construída a sua 'voz', a voz dos derrotados dos silenciados, nas bases universitárias. A construção de um novo marco teórico no pensamento médico-social no Brasil iniciou um movimento à procura de seu personagem (as classes populares), existindo antes que essas próprias classes organizadas procurassem criá-lo. [...] com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial: desde seus primórdios está referido às classes trabalhadoras e populares (ESCOREL, 1999, p.176).

O movimento da Reforma Sanitária, que defendia a saúde estatizada e universal, buscava solidificar o pensamento médico-social no âmbito da Universidade, porém sempre buscando suas referências nas classes trabalhadoras e populares.

Conforme afirmação de Medeiros (2008):

[...] vitalizadas pela efervescência do movimento operário e do movimento popular, as investigações e produções teóricas articuladas à perspectiva

histórico-dialética contribuíram para a construção de uma teoria social da saúde no Brasil que, entre 1975 e 1979, passou a ter expressão nacional, impulsionando o avanço do Projeto de Reforma Sanitária. A expansão desse debate promoveu o esboço de alternativas para o sistema de saúde e a política de saúde baseados nas necessidades de saúde. O fundamento direciona-se ao controle social dos trabalhadores sobre a riqueza social, objetivando as opções coletivas em saúde, contrapostas à apropriação privada desse excedente, constituindo-se num projeto mobilizador (MEDEIROS, 2008, p. 164).

Segundo Campos (1988) o Movimento Sanitário foi constituído por um conjunto de intelectuais que pensa e elabora políticas de saúde segundo diferentes perspectivas, correspondentes aos interesses dos diferentes blocos sociais. Dessa forma a militância da saúde foi composta, primordialmente, por setores da classe média, sem vínculo com partidos, com uma parte ligada aos movimentos populares, que estava ligada à nova vertente de intelectuais advinda do desenvolvimento capitalista da época no Brasil. (MEDEIROS, 2008, p.181). Agregaram-se a esse Movimento, outros atores políticos protagonistas, os profissionais e estudantes da área da saúde, ligados ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES)¹⁴.

O desgaste dos partidos tradicionais de esquerda, a partir dos anos sessenta, os comunistas pelo imobilismo e burocratização, e outros segmentos esquerdistas rapidamente desmoralizados pelo beco sem saída criado pela perspectiva violenta e desagregadora da guerrilha, estimulou um grande número de ativistas a buscar na saúde um espaço em que pudesse satisfazer seu desejo de militância. (CAMPOS, 2006, p.139 apud MEDEIROS, 2008, p.181)

A crise na Previdência Social, em 1980, apresentava um aspecto negativo uma vez que não envolvia a classe trabalhadora em todo o processo. Em 1981, a crise financeira da Previdência Social chega ao seu máximo e o governo resolve divulgar que o sistema se encontra falido. Foram lançadas várias medidas na tentativa de sanar o déficit, entre essas: criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que visava propor políticas de assistência à saúde da previdência social e objetivava reduzir gastos com a assistência médica; reativar os serviços públicos; orientar e disciplinar a forma de atendimento dos hospitais conveniados; e apresentar modificações das normas para credenciamentos futuros. Em 1983, como parte das funções estratégicas do

¹⁴ surgiu em 1976, aglutinando pensadores que refletiam sobre a saúde, foi a base intelectual do Movimento, era articulado ao PCB (Partido Comunista Brasileiro), porém agregava outros militantes de partidos de esquerda. Vale ressaltar que o CEBES, era espaço para discussão sobre a saúde e se constituía a oposição aos interesses mercantis, impostos pela defesa da medicalização (MEDEIROS, 2008, p.182)

CONASP, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que se baseavam em princípios como a universalização, direito universal à assistência a toda a população nacional; concentração das prioridades nas ações da atenção primária, enfatizando a prevenção; discussões democráticas das ações administrativas, políticas e técnicas. Na verdade, as AIS tinham como propósito a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, que seguiam as orientações do CONAS.

Em 1985, o contexto era de efervescência de discussões no Brasil, notadamente sobre a questão da saúde. Bravo (2011) contextualiza essas discussões. Nesse período, a questão da saúde contou com a participação de novos atores na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nessa conjuntura, destacam-se: os profissionais da saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o CEBES como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia (BRAVO, 2011, p. 93).

Outro acontecimento que merece ser ressaltado nesse contexto foi a vitória dos partidos de oposição nas eleições estaduais, em 1982, e municipais, em 1984, que viabilizou o envolvimento dos militantes do Movimento Reforma Sanitária nos primeiros escalões do governo, assumindo funções de confiança, tais como Secretarias Estaduais e Municipais, e com a participação de inúmeros técnicos de pensamento progressista. O CEBES conseguiu a implantação de sua estratégia política, qual seja: iniciar o processo de reforma na saúde.

Esse período de transição democrática trouxe conquistas para a classe trabalhadora, como a concretização de direitos políticos e civis relegados no regime de governo anterior. Porém, a correlação de forças conspirava, de forma progressiva, para o embate, e o projeto neoliberal-conservador com o apoio do empresariado lutava para que o processo democrático não ocorresse.

De acordo com Bravo (2011),

A conjuntura inicial foi palco de embates entre as forças políticas e sociais que lutavam para ampliar e aprofundar o processo de transição democrática e as que desejavam impor e preservar a antiga institucionalidade. As forças políticas ligadas ao regime militar, rearticuladas, empreenderam ofensivas contra os objetivos da transição para a democracia, tentando incorporar os setores de centro à sua influência, minando a sustentação do governo Sarney com relação ao grupo de centro-esquerda. O projeto neoliberal-conservador, que contava com a participação de empresários, foi se consolidando e ganhando adesões. (BRAVO, 2011, p. 96-97).

Diversos fatos ocorreram nesse período e repercutiram politicamente na correlação de forças, entre os quais as eleições de 1985, com vitória de candidatos da elite, principalmente em São Paulo, grande centro político e econômico do país. Sendo necessária maior articulação entre trabalhadores, movimento estudantil e demais atores sociais, na defesa de um Estado democrático, reforma agrária, lei de greve, um sistema econômico para o longo prazo e o processo constituinte, em paralelo ao Movimento pela Reforma da Saúde (Bravo, 2011).

Os setores progressistas da sociedade civil conseguiram pressionar e expor alguns pontos importantes, que foram incluídos na política; isso significava certo avanço, do movimento pró-democracia. No entanto, a situação do país era de muita gravidade, caos na economia, com inflação alta, a volta do Fundo Monetário Internacional (FMI), os salários achatados, bem como a crise política, com o término da Aliança Democrática, suporte fundamental para o governo.

Paralelamente, nesse cenário político e econômico dos anos 1980, com a transição democrática, os setores progressistas da sociedade civil buscavam envolver a saúde no processo democrático. Nesse contexto, nos movimentos sociais, como o da saúde, surgiam ideias contrárias a tudo o que se vivenciara até então. O Movimento da Reforma Sanitária, contra-hegemônico, apresentava-se como um movimento com características singulares. Escorel (1999, p. 182) assim o define:

[...] configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos do Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica, nas instituições setoriais utilizando a estratégia de 'ocupação de espaços'; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação.

O momento político era de inquietação; os militantes do referido Movimento

questionavam o atual sistema de saúde e acreditavam que só com a participação social se conseguiria alcançar o sistema de saúde público almejado.

Nas bases universitárias, os novos espaços proporcionados pelos então Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), que criticavam os modelos em que estava presente primordialmente a medicalização, foi fundamental para o alicerce de construção do Movimento Sanitário, no qual o enfoque médico-social estava presente. O conceito de saúde nesse meio passa a ser avaliado, pois tanto o modelo tradicional quanto o modelo clássico, que formavam os sanitaristas, com base nas ciências sociais, tinham tendências funcionalistas e já não atendiam às expectativas da base universitária. Nesse processo de análise crítica, foram revisados os conteúdos em que se baseava a teoria médica e novos modelos teóricos e metodológicos passaram a ser utilizados nos projetos de pesquisa e na reformulação das práticas médicas.

Escorel (1999, p. 28-29) assim relata esse momento:

A corrente médico-social era representada institucionalmente pelos DMPs da UNICAMP e da USP, pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ e, em segundo momento, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Distingue-se das anteriores por uma produção teórica que considera o social como determinante das condições de saúde, e por apontar a necessária prática sanitária como sujeito da transformação pretendida [...] a teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, irá constituir uma nova teoria, na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente nos seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procurada determinação dos fenômenos (ESCOREL, 1999, p. 28-29).

Destaca-se que uma das áreas de maior relevância na questão da conformação de identidades políticas e sociais, concentrando movimentos significativos da sociedade civil, foi a área da saúde, notadamente no período entre 1970/80. O movimento pela redemocratização do país fora responsável pelo crescimento dos ideais pela reforma no cenário brasileiro, com a participação de diversos setores sociais. A garantia de direitos da população na saúde passava a ser objetivo daqueles que queriam a democratização do país.

2.1.1 A Reforma sanitária e a estatização progressiva

Paralelo ao movimento pela redemocratização do país progredia um

Movimento que buscava outro conceito de saúde e, portanto, contrário ao modelo assistencial privatista vigente, ligado à compra de serviços de saúde ao setor privado pela Previdência Social. Ressaltamos que desde essa época os serviços de diálise do setor privado já eram contratados pelo setor público com serviços privados, pela via dos credenciamentos.

Mendes (1999), ao analisar o contexto da época, afirmava que o modelo de saúde privatista já era visto como fadado ao insucesso para a população: “sanitaristas históricos denunciavam, profeticamente, desde o seu nascedouro, o projeto político do modelo assistencial privatista” (MENDES,1999). No entanto, haviam forças que apoiavam esse projeto; politicamente, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) foi a primeira a se contrapor ao movimento a favor da saúde pública e, “secundariamente, pela Federação das Misericórdias em conluio com a burocracia previdenciária e por alguns sindicatos de trabalhadores” (MENDES, 1999, p. 30).

Mendes (1999, p. 31) destaca que

[...] na década de 1970, vivencia-se o esgotamento do modelo médico assistencial privatista, dado o contexto brasileiro de crise fiscal do Estado com consequências para Previdência Social e a constatação de sua inadequação ao cenário do sanitário brasileiro.

Portanto, desde o final da década de 1970 e princípio dos anos de 1980, um movimento contra-hegemônico na saúde foi marcado por históricos momentos de luta na academia, dos militantes dos grupos sociais progressistas da população brasileira e representantes dos técnicos da saúde, que perceberam a necessidade de se organizar para defender a estatização dos serviços de saúde, na tentativa de se sobrepor à lógica de mercado nessa área.

Arouca (1998, p. 1), historicizando a origem e o surgimento da reforma sanitária, assim afirma:

O termo Reforma Sanitária foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Esse Movimento lutava pela defesa de um projeto de saúde que fosse contrário ao modelo médico assistencial privatista, vigente naquele momento. No

entanto, além desse ponto convergente, no interior deste Movimento haviam também posicionamentos que ampliavam os objetivos da luta e defendiam a estatização da Política de Saúde, no sentido de buscar que o Estado assumisse seu papel de garantidor da saúde da população.

A leitura de Scorel, Nascimento e Edler (2005, p. 68) sobre a Reforma Sanitária no Brasil fica clara nessa afirmação:

[...] a proposta de reformulação da política de saúde como uma efetiva Reforma Sanitária emergiu o movimento sanitário. Constituído principalmente por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e originado nos DMP das faculdades de medicina, o movimento sanitário influenciou o mundo acadêmico e atuou como liderança do processo de reformulação do setor saúde.

No contexto dos anos de 1970, efervesciam movimentos na saúde apesar de o país se encontrar sob regime de ditadura militar. O Movimento Sanitário, dentre outros, mostrou-se, de acordo com Medeiros (2008), “como principal articulador das lutas da saúde, protagonizando, em conjunto com movimentos populares, a *reviravolta da saúde*¹⁵”.

O Movimento Sanitário iniciou um processo de ocupação de alguns espaços: estava presente nas lutas gerais da sociedade civil pela anistia, e redemocratização; reivindicava melhores condições de vida e de saúde para a população; no entanto, com pequena interferência nas decisões nas instituições. Esse movimento se caracteriza por ser um movimento social com peculiaridades próprias que o diferencia de movimentos que têm como bandeiras de lutas a defesa de interesses particulares, não se apresentando como um movimento de ações pontuais. O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil teve suas primeiras articulações a partir de 1960, em pleno golpe militar, porém foi cerceado por esse regime. Apesar da tentativa de paralisá-lo, continuou de forma velada a se estruturar, atingindo a maturidade na década de 1970 e início dos anos 80.

Cohn e Elias (2005, p. 47), ao analisar o movimento sanitário, afirma:-.

A década de 70 assiste à mobilização de vários segmentos da sociedade, ainda que bastante restritos, contra o descalabro do sistema vigente e em defesa do fortalecimento do setor público de saúde, condição necessária para que a saúde se constitua como um direito do cidadão.

¹⁵ Expressão utilizada por Scorel (1999) para intitular sua obra sobre a origem e articulação do Movimento Sanitário. O significado do ato de revirar – virar em todos os sentidos, fazer voltar em direção oposta à que se seguira, voltar ao avesso, é acertadamente apropriado ao processo em foco (MEDEIROS, 2008, p. 143).

Medeiros (2008) ressalta o entendimento de que as determinações sociais, políticas e econômicas que definiam o contexto brasileiro dos anos 1980 e o sistema de saúde renovavam, cada vez mais, a lógica do mercado, mercantilizando os serviços de saúde. Esta autora afirma que:

As lutas para efetivar a Reforma Sanitária sucederam-se no momento de aprofundamento das desigualdades e metamorfoses no mundo do trabalho, que implicam a expansão do desemprego estrutural e a precariedade do emprego e da remuneração. Estava-se diante da consolidação hegemônica do neoliberalismo, tendo como fundamento ideológico a tese de supremacia do mercado e as políticas de ajuste econômico, preconizando-se o controle inflacionário, o corte de custos no governo e nas empresas privadas, ao lado da conseqüente redução drástica dos sistemas de serviços públicos, como estratégias que garantem a acumulação. (MEDEIROS, 2008, p.194).

O surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária se dá num momento de dominância do setor privado da saúde. Nesse cenário político, sujeitos políticos expõem seus posicionamentos em face à política privatista dominante na área de saúde.

Bravo e Correia (2012), na análise deste momento histórico do Movimento da Reforma Sanitária, observam que:

A necessidade da participação social foi apresentada pelo Movimento da Reforma Sanitária, no conjunto das lutas contra a privatização da medicina previdenciária e à regulação da saúde pelo mercado, pondo em discussão a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. (BRAVO; CORREIA, 2012, p.128).

A Reforma Sanitária objetivava ir de encontro à mercantilização da saúde, com a qual o mercado dita as regras que devem ser seguidas, segundo essa última corrente: a prestação dos serviços de saúde deve ser fonte de lucro. O Movimento Sanitário, por sua vez, caracterizava-se por ser contra-hegemônico no contexto de luta contra o regime militar. Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 68)

[...] nos primeiros anos do Movimento Sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde, dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde seria possível travar uma luta surda, mas acirrada, para por em prática projetos que, de resto, iam completamente na contramão do regime autoritário.

O processo de luta do Movimento de Reforma Sanitária foi permeado por discussões de vários pontos, com alguns posicionamentos que divergiam entre os vários sujeitos políticos. No entanto, as diversas forças presentes no seio do

Movimento chegaram a um consenso. Foram elencados esses pontos convergentes por temas no relatório final da VIII CNS; alguns pontos merecem destaque, tais como a determinação social do processo saúde e doença e o direito universal à saúde:

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. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 382).

De acordo com Correia (2012), “o debate da estatização da saúde pública estava posto na VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986. Na sua plenária final foi votada a decisão se o setor privado e filantrópico seria complementar ou não ao sistema público de saúde”. A autora ressalta que, nesta Conferência, “decidiu-se pela complementaridade, diante da insuficiência da rede pública instalada para atender à suposta ampliação da demanda com o acesso universal à saúde propugnado” (CORREIA, 2012, p. 1).

Correia (2012) aduz que o próprio relatório final da 8ª CNS aponta que a questão que mais mobilizou os participantes e delegados dessa Conferência foi,

a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata não foi aprovada, diante disso, a conclusão a que se chegou foi sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

Acerca do tema 9, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, desta Conferência, expõe Correia (2012): “fica clara a opção pela estatização progressiva do sistema de saúde, ficando o setor privado subordinado ao papel diretivo do Estado, podendo este ser até expropriado, caso não se submeta às normas estabelecidas pelo setor público”. De acordo com o Relatório:

O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os

prestadores dos serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 12)

Simões (2008) cita Bravo (2000), sobre o processo constituinte de 1986-1988:

[...] foram aprovadas, em parte, as propostas do movimento sanitaria, de acordo com os seguintes princípios: a) a saúde pública deve ser concebida como direito universal dos cidadãos e dever do Estado, não contributiva, não sendo possível, em consequência, quaisquer discriminações entre segurados e não segurados, população urbana e rural e outras; b) as ações e serviços de saúde devem ser considerados de relevância pública, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle, mesmo quando exercidos por entidades particulares; c) do setor privado no sistema de saúde, em regime complementar, mediante a destinação de recursos públicos, para subvenção a entidades sem fins lucrativos; d) proibição da comercialização de sangue humano e seus derivados (SIMÕES apud BRAVO, 2008, p. 129).

As mudanças e reformas sociais por que passou o Brasil, desde a década de 1970 até o momento, foram acompanhadas de todo um processo histórico de luta pela democracia. Diversos profissionais da saúde, incluindo os acadêmicos e setores progressistas da população, se posicionaram contrariamente ao projeto retrógrado e privatista, então vigente. A Reforma Sanitária ora proposta se constituía num processo contínuo de busca da garantia pelo Estado na assistência integral à população.

Conforme Roncalli (2003):

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembleia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a Reforma Sanitária brasileira concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A que ficou conhecida como Constituição-Cidadã (embora acusada de tornar o país ingovernável por alguns setores), incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS (RONCALLI, 2003, p. 33)

Com relação ao dispositivo legal que instituiu a Seguridade Social, a Constituição Federal de 1988 assim estabelece:

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a): 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. Sobre a organização dos serviços, detalha o artigo 198 (Brasil, 1988a): As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III participação da comunidade. Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

De acordo com documento oficial do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS,

A ampla legitimidade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), contemplassem a maior parte das proposições da 8ª CNS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009, p.18).

CF/1988, ao contemplar em seus dispositivos a futura implantação do SUS, define no art. 200 da CF/88 suas principais atribuições:

a) a prevenção e o tratamento de doenças; b) a formulação de políticas públicas; c) a execução de ações de saneamento básico; d) o desenvolvimento tecnológico e científico; e) a fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas; f) a colaboração com a proteção do meio ambiente; g) o controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde; h) a vigilância sanitária e epidemiológica ;i) a participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde; j) saúde do trabalhador. (BRASIL, 1988).

A luta do Movimento de Reforma Sanitária conseguiu assegurar na Constituição Federal de 1988 alguns dispositivos (artigos) com vistas a proporcionar à população brasileira o direito de ter uma saúde universal, através da instituição do Sistema Único de Saúde.

Conforme Fleury e Lobato (2009),

A literatura e os atores políticos da saúde, em geral, reconhecem o processo de implantação do SUS como parte da reforma sanitária e atribuem às tensões em sua trajetória a não completude de seus preceitos, tomando por base a legislação constitucional e complementar. Nesse sentido, considera-se a reforma um 'processo em curso', reconhecendo corretamente os visíveis avanços históricos do setor saúde (FLEURY; LOBATO, 2009, p. 8)

O SUS foi instituído através da CF/ 1988, conforme os artigos 196 a 200, e regulamentado pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Este sistema é fruto de lutas de

setores progressistas organizados na sociedade civil que se congregaram no Movimento de Reforma Sanitária, travando uma batalha contra o modelo médico assistencial privatista, centrado no atendimento individual e curativo do sistema previdenciário, nos anos de 1970 e 1980 (CORREIA, 2012, p. 1).

A Carta Magna de 1988, ao estabelecer que saúde seja condição *sine quo non* para que os cidadãos tenham uma vida com dignidade e qualidade, inclui toda uma série de condições de vida adequada aos cidadãos. O novo conceito de saúde deve ser baseado no referido no art. 196: “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.” Na referida Constituição de 1988, em seu artigo 6º, o direito à saúde está inserido nos direitos sociais elencados nesse dispositivo e, ressalte-se, com indicação de que sua efetividade deverá estar correlacionada às ações propositivas do Estado, como instituição voltada para a implementação das políticas sociais públicas.

De acordo com Fleury e Lobato (2009),

A inclusão da participação social como eixo central da proposta da reforma sanitária se relacionava à sua compreensão para além da expansão do direito e da reforma setorial, mas como estratégia de democratização social, a saúde vista como potente conteúdo transformador. De fato, a associação entre democracia e questão social foi o mote da transição democrática brasileira. A ausência de democracia seria responsável pela grave situação de desigualdade, indicando que a democracia seria o canal de construção da justiça social (FLEURY; LOBATO, 2009, p. 9).

Ao final dos anos de 1980, dois projetos políticos são concorrentes na área da saúde: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária. Conforme afirma Correia (2005, p. 15-16), a partir da reforma do Estado proposta pelo Banco Mundial, as:

[...] políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado.

Esse contexto aponta para a desconstrução da proposta de Política de Saúde vigente na década de 1980. Nesse sentido Correia e Santos (2013) analisam o contexto de desmonte de todo o processo de conquistas da década de 1980 e afirmam:

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de lutas sociais, não conseguiu se efetivar como tinha sido preconizado na Constituição Federal de 1988. A condução da política nacional de saúde tem levado a um processo de desestruturação como política pública, com a quebra de seu caráter universal e com uma crescente tendência à privatização e utilização do fundo público a serviço do setor filantrópico/privado. Tal condução teve maior visibilidade a partir dos 1995, a partir da 'reforma' proposta pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. Para implementar as contrarreformas foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), que era dirigido pelo ministro Luiz Carlos Bresser Pereira¹⁶ que comandou a equipe formuladora do PDRE¹⁷ Plano Diretor da Reforma do Estado e dos cadernos do MARE (CORREIA; SANTOS, 2013, p. 1).

O desmonte da Política de Saúde se refere à vinculação da Saúde ao mercado, onde se destacam as parcerias com a sociedade civil, transferindo a responsabilidade para com os custos da crise. A política neoliberal no Brasil estabelece que para haja a liberalização comercial se fazem necessárias políticas de privatização, desregulação, focalização das políticas sociais, cujos gastos sociais são direcionados a setores de extrema pobreza; a gestão descentralizada, a nível federal, para estados e municípios, sem a necessária contrapartida; além do envolvimento, na esfera local, de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos (dos setores produtivos) para o setor privado.

De acordo com lamamoto (2001),

¹⁶ Para Bresser, a situação de crise fiscal a partir de cinco ingredientes nos anos 1980: déficit; poupanças públicas negativas; dívida interna e externa excessivas; falta de crédito do Estado, expressa na ausência de confiança na moeda nacional e no curto prazo de maturidade da dívida doméstica (os títulos do Tesouro rolados no *overnight*); e pouca credibilidade do governo (BEHRING, 2008, p.174)

¹⁷ Elaborado pelo Mare e aprovado em setembro de 1995 na Câmara da Reforma do Estado, um órgão interministerial criado para esse fim e que orientou, dentre outros processos e legislações, a Emenda Constitucional nº 19, de 19 de junho de 1998, que trata da "reforma" da administração pública. O Plano em tela é justificado logo na sua introdução: o Estado brasileiro afastou-se de suas funções precípuas para atuar na esfera produtiva [...] A "reforma" do Estado é, então, uma cobrança da cidadania e um tema de alcance universal nos anos 1990. A crise do Estado assume a forma de crise fiscal, de esgotamento do modelo estatizante de intervenção na economia'. No sentido amplo, propõe-se a redefinição do papel do Estado. Na esfera administrativa, o Plano prevê a superação do patrimonialismo e da burocracia pela perspectiva gerencial. O plano introduz, então, um diagnóstico da "máquina" pública, buscando provar a tese de que a Constituição tirou a capacidade operacional do governo e aumentou seu custo. Tal diagnóstico é realizado em três dimensões: 1ª dimensão: institucional-legal, o Plano afirma que a Constituição e o direito administrativo brasileiro privilegiam o modelo burocrático tradicional, formalista e rígido, com ênfase nas normas e processos em detrimento dos resultados. Outro aspecto é a descentralização preconizada pela Constituição, que dá maior estatuto aos estados e municípios, o que caminha em ritmo lento, porque existe uma crença de que a União deve promover o bem-estar social. [...] o Plano prevê uma estratégia de transição da "reforma" do Estado e do aparelho do Estado em três direções: a mudança da legislação, inclusive as reformas constitucionais; a introdução de uma cultura gerencial; e por fim a adoção de práticas gerenciais. (BEHRING, 2000, p.180-3).

Por meio de vigorosa intervenção estatal à serviço dos interesses privados articulados no bloco do poder contraditoriamente conclama-se, sob inspiração liberal, a necessidade de reduzir a ação do Estado ante a questão social mediante a restrição de gastos sociais, em decorrência da crise fiscal do Estado. A resultante é um amplo processo de privatização da coisa pública: um Estado cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional [...] A crítica liberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, super dimensionam o gasto estatal (GRASSI et al., 1994 apud IAMAMOTO, 2001, p. 20).

O arcabouço legal sobre saúde apresentado na CF/88 e nas legislações infraconstitucionais absorveram em sua quase totalidade os princípios da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, sistema considerado avançado. Por conseguinte, do ponto de vista legal existem suportes e garantias constitucionais que asseguram o direito à saúde, de forma ampla, aos cidadãos brasileiros. No entanto, a sua efetividade e o direito à ampla concretização dos princípios do SUS não ocorrem, visto o não cumprimento dos preceitos legais, contrariando a proteção à dignidade da pessoa humana e, por conseguinte, a noção ampla do direito à saúde como direito social fundamental, positivado pela legislação específica vigente no Estado Democrático de Direito.

Nesse processo de institucionalização do SUS, várias correntes de pensamentos, com seus posicionamentos divergentes em alguns pontos, concorriam para que cada uma tivesse aprovada sua proposta. Foi aprovado o art. 199, § 1º, e seguintes da CF/88:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Apesar da legislação constitucional e das leis infraconstitucionais atribuírem ao Estado o dever de assumir os serviços públicos de saúde, o processo privatizante vem tomando dimensões e espaços de forma progressiva, o que ultrapassa a complementaridade do setor privado.

Essa tendência privatizante também é observada na política de assistência aos renais crônicos, assistidos pelo SUS nos serviços da Alta Complexidade. Esses se encontram desarticulados, fragmentados e subordinados à lógica do mercado, colocando em segundo plano a dimensão social e política dessa doença e, conseqüentemente, levando ao agravamento das condições de saúde de grande

parte da população brasileira, que se encontra vulnerável às investidas das grandes multinacionais.

Desse modo, a seguir veremos a relação que se estabelece entre o SUS e o setor privado, como complementar nos serviços de saúde.

2.1.2 O SUS e a complementaridade do setor privado

O sistema único de saúde brasileiro tem sido considerado uma referência de modelo público. Não resta dúvida que a partir de sua implantação houve um salto qualitativo para a assistência à saúde da população, haja vista o seu caráter universal. Campos (2007) afirma, que com a criação e implantação do SUS houve uma expansão na participação do Estado no setor saúde, tanto no sentido da intervenção direta no oferecimento de alguns serviços, quanto indiretamente, na compra de serviços de saúde ao setor privado, exercendo o papel de regulador do mercado.

Conforme Correia (2005), no que se refere ao SUS, homologado na VIII CNS, afirma

Um dos principais eixos da conferência foi a participação no SUS na perspectiva do controle social, apontado como um dos principais alimentadores do sistema nacional de saúde e fundamental para sua democratização, com forte mobilização do movimento nacional da Reforma Sanitária, articulado com movimentos sociais, sindicatos e parlamentares que pressionaram e conquistaram na Constituição de 1988: o SUS (CORREIA, 2005 apud SALVADOR, 2010, p. 293).

Observe-se, contudo, que apesar do SUS ser fundamental para o controle, este movimento de expansão do setor vem ocorrendo de modo concomitante com a predominância, na sociedade brasileira e no mundo, de um discurso a favor do mercado e pelo afastamento do Estado das questões sociais.

Paim (1996) diz, quanto à identificação dos diversos projetos e concepções do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que

[...] disputam o espaço das políticas públicas no Brasil de hoje. Assim, existe a proposta do 'SUS democrático', desenhado a partir do projeto de Reforma Sanitária, implicando uma totalidade de mudanças que transcendem o setorial; o SUS formal ou legal, juridicamente estabelecido pela Constituição da República, pelas constituições estaduais, leis orgânicas municipais, legislação ordinária, etc.[...] o SUS para os pobres centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante focalização; e o SUS real, com direito ao trocadilho, refém da área econômica do governo, do clientelismo e da inércia burocrática, no qual a indefinição é a regra. (PAIM, 1996, p. 19)

Neste contexto, é preciso repensar as ações e como os direitos dos usuários estão sendo esclarecidos e assegurados, de modo que se possa responder às suas demandas, que crescem a cada dia, envolvendo a necessidade de utilização de equipamentos, tecnologia de ponta e medicamentos especializados, de maneira proporcionar maior e melhor atenção de forma universal e pública aos usuários. Santos (2009) ressalta que o grande desafio do SUS no século XXI é pautar-se pela primazia do interesse e da satisfação do usuário e não pelo financiamento limitado pelas políticas econômicas (SANTOS, 2009, p. 21).

Destaca-se a relação do SUS com o setor privado, especificamente com instituições privadas /filantrópicas, complementares no oferecimento da assistência ao sistema de saúde pública, notadamente as especializadas e/ou de alta complexidade, financiadas pelo sistema público de saúde.

As filantrópicas, por sua vez, têm prioridades na relação conveniada e/ou contratual, segundo a CF/88. Apresentam características próprias, com natureza jurídica específica. Omena (2008) esclarece, apoiada em Beres (2007), que as instituições filantrópicas,

Ao serem isentas de tributos, [...] passam a ser [...] legalmente isentas de tributos sobre o lucro, e dispõem de tratamento privilegiado em outros impostos, tais como os que incidem sobre folha de pagamento de pessoal. Além disso, [...] quando dispõem de titulação como OS ou OSCIPs ficam também liberadas do processo de licitação para contratos com órgãos públicos (BERES, 2007, p. 2, apud OMENA, 2008, p.117)

Nesse entendimento, complementa Aciole (2006), [...] as isenções tributárias que beneficiam os estabelecimentos de saúde, denominados de filantrópicos, na realidade, muitas vezes ocultam o caráter empresarial de que se reveste a maioria dessas instituições, especialmente os estabelecimentos hospitalares. De acordo com o autor: “Seguramente, a isenção de taxas e impostos, no caso das filantrópicas (por exemplo, as Santas Casas) é praticamente total e constitui fator atenuante na compatibilização dos custos finais de funcionamento de um estabelecimento dessa natureza”. Deverão ter o caráter não lucrativo, sem ter o propósito de obter lucros; apesar de que atendem à população que dispõe de planos de saúde, que por vezes tem tratamento e instalações diferenciadas para essa assistência. O Estado, ao invés de buscar, conforme Matos e Pompeu (2003),

[...] definir e traduzir na prática o significado da "participação complementar", ainda tenta-se incorporar à rede SUS todos os serviços ofertados no

mercado privado. Aparece como quase que uma obrigação do gestor do SUS contratar e custear cada novo serviço que aparece. O detalhe é que não se trata de contratar nos moldes desejáveis ou legais, mas sim "cadastrar" o serviço, na melhor tradição da cultura inampiana. A questão que se coloca é que não há uma clara definição acerca de quais serviços e em que quantidades os gestores do SUS precisam e podem comprar para complementar sua rede de serviços. O desejável seria que os gestores utilizassem toda a capacidade pública instalada para, só então, recorrer à iniciativa privada, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, como determina a Constituição de 1988. Não raro, ocorre justamente o contrário: esgota-se a capacidade privada para depois recorrer à pública, num claro favorecimento a interesses privados (MATOS; POMPEU, 2003, p.1).

O SUS a cada dia aumenta a sua participação no repasse de verbas para os serviços privados, a fim de que o setor privado ofereça serviços aos pacientes em diálise, pagos pelo SUS; por outro lado, as instituições hospitalares filantrópico-privadas têm interesse nesta oferta. Conforme Carvalho et al. (2012):

As pesquisas de AMS-IBGE de 1999, 2002 e 2009 apontam para o crescimento de 81,03% dos estabelecimentos de privados no setor saúde, [...] Em contrapartida, o setor público, representado pelos estabelecimentos financiados pelo SUS, apresentou um crescimento de 57,89% (CARVALHO et al., 2012, p. 13).

Na esfera do financiamento dos serviços privados pelo SUS, Carvalho et al. (2012, p. 15) expõe que "dentre as internações realizadas entre os anos de 2001 e 2008, em média, 66,5% foram no setor privado. Entretanto, do total de internações privadas ocorridas nesse período, 74,5% foi custeada pelos SUS". Segundo o autor, quanto aos estabelecimentos sem internação, tanto o setor público quanto o privado apresentaram aumento. Porém, enquanto o setor público apresentou um aumento de 58,08%, o setor privado ampliou em 85,98% o número de estabelecimentos sem internação (CARVALHO et al., 2012, p. 14).

Segundo Carvalho et al. (2012), em pesquisa da AMS-IBGE, no período de 2002 a 2009, o conjunto de outros equipamentos, incluídos os para hemodiálise, "apresentou um crescimento de 99,54% no Brasil [...] o setor privado apresentou maior crescimento do número desses equipamentos (103, 39%) em relação ao setor público (92,97%)" (CARVALHO et al., 2012, p. 16).

Essa prática de utilização da compra de serviços privados pelo público vem desde a década de 1970, com o Estado, via Previdência Social, pagando serviços de assistência médica aos setores privados. Campos (2007), em sua análise sobre o fato dessa compra de serviços pelo SUS aos serviços privados, afirma:

No Brasil, a concessão à corporação médica e a outros interesses privados, quando da concepção do SUS, deu-se no setor hospitalar e especializado. 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 conveniado (CAMPOS, 2007, p. 1).

No Brasil, a legislação constitucional estabelecida na CF/88 trata em seu artigo 200 da institucionalização do Sistema Único de Saúde; porém só a partir das leis 8.080 e 8.142 de 1990, é que foi regulamentado o SUS. A Lei 8.080/1990, em seu Capítulo II, artigo 24 e parágrafo único, ressalta a questão complementar:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, Carvalho et al. (2012, p. 18-19) esclarece que

Assim, a complementaridade do público em relação ao privado tem se concretizado, principalmente, pelo modelo de atenção adotado que privilegia a assistência individual-curativa, induz ao consumo de procedimentos para diagnósticos, exames clínicos laboratoriais, favorecendo o fluxo de usuários do setor público, que iniciam o atendimento nas unidades básicas ambulatoriais, porta de entrada preferencial do sistema de saúde, para completar o atendimento no setor privado que detém a maior parte dos recursos especializados e equipamentos de diagnóstico e terapias, além de leitos hospitalares.

Com relação à complementaridade, outro dispositivo infraconstitucional, a Portaria nº 3.277/2006, trata da complementaridade do setor de saúde privado ao setor de saúde público, vejamos

Art.4º O estado ou o município, uma vez esgotado sua capacidade de oferta de serviços públicos de saúde, deverá, ao recorrer ao setor privado, dar

preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

Parágrafo único - Poderá fazer uso do instrumento de convênio quando for estabelecida uma parceria para a prestação de serviços de saúde, entendida como uma comunhão de interesses que observa os seguintes elementos:

[...]

III- utilização da capacidade instalada da entidade filantrópica ou da sem fins lucrativos, incluídos os equipamentos médico-hospitalares para atendimento de clientela particular, incluída a proveniente de convênios com entidades privadas, somente será permitida após esgotada sua utilização em favor da clientela universalizada e desde que estejam garantidos, no mínimo 60% (sessenta por cento) da capacidade instalada para atendimento de pacientes encaminhados pelo SUS. (BRASIL, 2006)

Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010, trata em seu texto inicial do seguinte: “Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Após diversas considerações, estabelece em seu

Art. 1º Dispor sobre a participação de forma complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor estadual ou municipal poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que: I - comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde e, II - haja a impossibilidade de ampliação dos serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2010).

Em reunião ordinária realizada em junho de 2010, o Pleno do Conselho Nacional de Saúde deliberou pelo envio de um ofício ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, solicitando uma nova publicação da Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010, e já republicada em 19 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A versão final publicada suprime textos fundamentais constantes na Portaria anterior, a nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006, aprovados quando da sua elaboração e produtos de um diálogo aprofundado e maduro entre o Conselho e o Ministério da Saúde, referente à participação das instituições privadas no SUS.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) entende que os referidos dispositivos são fundamentais no que diz respeito à transparência do sistema e de prerrogativas basilares dos usuários e do controle social, e solicita a republicação da Portaria, resgatando os dispositivos a seguir e que constavam originalmente na Portaria então vigente, nº 3.277/2006:

Art. 4º O estado ou o município, uma vez esgotada sua capacidade de oferta de serviços públicos de saúde, deverá, ao recorrer ao setor privado, dar preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos.

Art. 7º Parágrafo único. As metas serão definidas pelo gestor em conjunto com o prestador de acordo com as necessidades e peculiaridades da rede de serviços, devendo ser submetidas ao conselho de saúde.

Art. 8º IV - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição "Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais";

VI - manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviço;

VII - garantir o acesso aos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização (BRASIL, 2010)

A reflexão do aparato legal do papel do Estado, das políticas sociais e especificamente da Política de Saúde no Brasil nos subsidiará para uma análise crítica de como tem se dado a assistência à saúde na contemporaneidade, em especial aos usuários portadores de doenças renais crônicas.

A crise do capital e a ofensiva neoliberal que ocorrera no final dos anos 1980 desencadeou uma crise fiscal no Estado. Sob a influência dos organismos financeiros internacionais, levantou-se como solução a Reforma do Estado, diminuindo o investimento nas políticas sociais. Foi a Saúde uma de suas políticas mais penalizadas. A desconstrução das conquistas constitucionais e dispositivos, que não eram aplicáveis diretamente, que não foram regulamentados. A saúde como direito do cidadão e dever do Estado perde a sua efetividade. É o que alguns autores, sobretudo Behring, chamaram de contrarreforma da Saúde.

No item a seguir veremos como ocorre a relação entre a contrarreforma na saúde e o processo de privatização do tratamento dialítico dos DRC.

3 A CONTRARREFORMA NA SAÚDE E A PRIVATIZAÇÃO PROGRESSIVA DA ATENÇÃO AOS RENAIIS CRÔNICOS: COMPLEMENTARIDADE INVERTIDA

Nesta seção analisaremos o aparato legal e o papel do Estado ante o enfrentamento da crise fiscal e o desmonte das conquistas sociais garantidas pela Constituição Federal de 1988. De acordo com Behring e Boschetti (2008, p. 173), “o lugar da política social no Estado Social-Liberal é deslocado: os serviços de saúde e educação, dentre outros, serão contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas”. Nesse sentido, é proposta uma redefinição do papel do Estado, afastando-se a execução direta de políticas públicas e fortalecendo o papel do setor privado.

Esta seção tratará da contrarreforma ocorrida nos serviços públicos de saúde e da conseqüente privatização do tratamento dialítico. Discutiremos o processo de complementaridade, destacando o aumento da oferta de serviços de diálise nas unidades dos serviços privados e/ou filantrópicos.

3.1 Contrarreforma do estado brasileiro na saúde e a privatização do fundo público

A partir da Constituição de 1988, a saúde alcançou uma dimensão de direito social e a sua regulamentação nos anos 90, através da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, veio coroar legalmente esse direito. Porém, as contrarreformas do Estado ocorridas após os anos 90 provocaram uma série de mudanças que afetaram substancialmente o social. “Essa contrarreforma na prática mudou a dimensão de direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado” (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007, p. 6 apud MENDES et al, 2012, p.164).

A reforma do Estado brasileiro foi uma exigência do poder dominante, diante da crise que vem ocorrendo desde a década de 1970. O modelo desenvolvimentista dá sinais de esgotamento, e o Estado com sua crise fiscal não consegue responder aos ditames do capital. Em decorrência, o Estado brasileiro não consegue administrar as conseqüências da crise no país, processo esse que tem relação com a crise estrutural mundial. Essa reforma, chamada por Behring de “contrarreforma” do Estado, atendeu às determinações dos organismos internacionais, e caminhavam

paralelamente às reestruturações na esfera da produção capitalista, cujas orientações se voltavam para um modelo neoliberal que possibilitaria o enfrentamento da crise do capital nos anos 1990.

O cenário brasileiro em 1990, com a ascensão do neoliberalismo, proporcionou ao setor privado, sob o discurso da ineficiência e ineficácia do setor estatal, estabelecer convênios e contratos com o setor público para prestar assistência aos usuários do SUS. O Estado tem sido induzido a diminuir seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se apenas no papel de regulador, provedor ou promotor destes.

Conforme Granemann (2008, p. 1),

[...] uma reforma do Estado pode operar na direção de aumentar os direitos da força de trabalho ou pode aprofundar as exigências de acumulação do capital e neste caso será uma contrarreforma do Estado por afetar os interesses e direitos da força de trabalho. No Brasil desde o início da ditadura do grande capital e operada pelos militares o Estado tem assumido, prioritariamente, as demandas da burguesia e quando a classe trabalhadora organiza-se em fortes lutas também algumas de suas demandas são atendidas quase sempre como direitos sociais e trabalhistas, como ocorreu com o SUS na Constituição Federal de 1988.

Vale frisar que o processo da contrarreforma do Brasil na década de 1990 provocou um verdadeiro desmonte das conquistas sociais da década de 1980. Estas tiveram início com o Movimento de Reforma Sanitária, com as propostas condensadas na Assembleia Constituinte e asseguradas na avançada legislação promulgada na Constituição Federal de 1988. Os direitos sociais adquiridos e conquistados nos anos 80 foram expropriados. Conforme Behring e Boschetti (2008), as transformações do capitalismo contemporâneo que impõem orientações para a contrarreforma do Estado no Brasil já nos anos 90, carregam junto com elas a flexibilidade, competitividade, adaptabilidade e atratividade, fatores fundamentais para que o Estado possa exercer a sua função complementar ao sistema capitalista vigente.

Para Behring e Boschetti (2008), grandes teóricos explicam o processo de adaptação aos ditames do capitalismo mundial e às orientações para a contrarreforma do Estado brasileiro, sempre na direção da flexibilidade, competitividade, adaptabilidade e atratividade, não perdendo de vista as características da formação social brasileira. Essa contrarreforma foi guiada por “[...] fatores estruturais e conjunturais externos e internos, de forma integrada”

(BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 129).

Netto (1998) ressalta que o neoliberalismo se constitui a partir de “[...] uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e esperável e uma proposição política que propõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia” (NETTO, 2001, p. 77 – grifo do autor).

O teórico que forneceu embasamento para a ideologia neoliberal foi F. A. Hayek, autor dos mais conhecidos entre os que professam esse credo. Hayek desempenhou papel importante ao sair em defesa de um Estado reduzido e apontar as deficiências do planejamento estatal. Ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 1974 pela sua obra mais conhecida, *O caminho da servidão*, nela ele faz críticas ferrenhas, embebidas de ironia, ao modelo de planificação socialista. Ao criticar a relação público-privada, dando outra dimensão à conexão entre a política e a economia nesse modelo, Hayek defende os critérios para uma sociedade baseada na livre concorrência e praticamente na ausência do Estado como agente regulador da sociedade (HAYEK, 1990).

O programa neoliberal apresenta como metas: as privatizações, deixando o mercado ao livre jogo dos entes privados; tributação, a menor possível e regressiva, com incentivos fiscais às empresas, e, por conseguinte, os pobres continuariam a pagar impostos indiretos altos; e mais abertura para as importações e investimentos internacionais, de maneira a atender ao consumo do país. A agenda liberal, com a proposta de ajuste fiscal do Estado, exigia que este, em relação às políticas sociais e ao setor saúde, não mais as financiasse, ou pelo menos, não mais as priorizasse.

Correia ao analisar o contexto nacional, afirma que nos anos 90,

[...] o sistema foi alvo das reformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde. Essas reformas são decorrentes dos reflexos das mudanças do mundo econômico em nível global e das conseqüentes reformas sanitárias propostas pelos agentes financeiros internacionais, em especial, pelo Banco Mundial (BM) que vem tendo proeminência nesta área, desde a segunda metade da década de 80 (CORREIA, 2007, p. 12).

O Brasil, após os anos 1990, vivenciou um processo de adaptação aos ditames do capitalismo mundial, que, segundo Correia (2007, p. 30) foi um processo “em consonância com as orientações do Banco Mundial, ancoradas nas limitações das funções do Estado”.

Antunes, ao analisar esse contexto, anota:

O neoliberalismo passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas fiscais e monetárias, sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional (ANTUNES, 2006, p. 22).

A partir da ofensiva do neoliberalismo, o fundo público se torna imprescindível na orientação política, para o Brasil, dos organismos financeiros internacionais. Prioriza-se o mercado e, conseqüentemente, a busca pela acumulação do capital. Dessa maneira, a mediação do Fundo Público como viabilizador dos repasses dos recursos públicos para a compra de serviços de saúde, especialmente os de diálise, nos setores privados e ou filantrópicos precisa ser descortinada como fundamento, para esclarecer e demonstrar o objeto investigado nesta dissertação.

3.1.1 Ofensiva neoliberal e contrarreforma sob as orientações dos organismos financeiros internacionais

A relação histórica existente entre o Estado e os interesses do capital está presente e acompanha o processo de imbricamento público e privado. Os organismos financeiros internacionais, como representantes do capital, exercem o papel de orientadores da política econômica brasileira, com reflexo nas políticas públicas, e no caso específico, a da Saúde.

Nesse contexto, a relação público-privada é favorável ao mercado, desresponsabilizando o Estado para com os interesses da população; ao mesmo tempo, buscam-se meios que proporcionem ao mercado, via Estado, condições de adquirir maiores ganhos, apesar da crise.

Correia (2005) faz um apanhado histórico da relação do Brasil com estes organismos financeiros internacionais. Nesse sentido, pontuamos que a aproximação do Brasil com os organismos internacionais (instituições de Bretton Woods) ocorreu em 1944, no segundo governo de Getúlio Vargas. O país, em troca de empréstimos com o Banco norte-americano Eximbank, sofreu a influência do Fundo Monetário Internacional (FMI) na política de ampliação das exportações e redução das importações, como condicionalidade básica para “o [...] equilíbrio da balança de pagamentos” (CORREIA, 2005, p. 93).

Em 1959, governava o país Juscelino Kubitschek, que dentre as suas opções

de política econômica, resolveu romper com o FMI, devido a as “solicitações”, tais como: “[...] liberalização das importações, eliminação de subsídios e alterações do sistema cambial [...]” (Correia, 2005). Só mais tarde, com a ditadura militar, o país retoma a aliança com o Banco Mundial e o FMI e segue à risca às exigências destes, que envolvem um verdadeiro rompimento com o movimento da sociedade, em torno de um projeto desenvolvimentista.

A partir daí, coloca-se em cena toda uma política que requer

novas medidas para a expansão capitalista: a revogação da Lei de Remessas de Lucros, adoção de uma política de redução do déficit público e controle de crédito, supressão de subsídios, controle de preços, redução da taxa de câmbio, fim da estabilidade no emprego, política de redução salarial pelos reajustes inferiores à da inflação. (CORREIA, 2005, p. 93).

O que vemos no decorrer dos anos seguintes é um total entrelaçamento do Brasil com o Banco Mundial e o FMI, relação estreita que se como de extrema dependência, sendo a política econômica totalmente guiada pelas exigências de tais organismos. Em contrapartida, a reboque, vem a política social, a qual é guiada pelas chamadas cartas de intenções, que o Brasil assinava, concordando com a “redução dos gastos públicos, a elevação de preços, a diminuição de salários e a redução da intervenção do Estado na economia” (CORREIA, 2005, p. 94). Com a política econômica adotada, o Brasil seguia as exigências do FMI e Banco Mundial, que eram acompanhados de grandiosos e progressivos empréstimos realizados para o setor da saúde. Rizzotto (2000), afirma que “[...] teriam como objetivo contribuir para a concretização de uma contrarreforma no país e do Sistema Único de Saúde, no sentido de restringir e/ou anular direitos sociais defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980 e consagrados na Constituição Federal de 1988”. Conforme Rizzotto (2000):

No início dos anos oitenta, com a crise da dívida externa dos países periféricos e as dificuldades destes países obterem crédito junto aos bancos internacionais privados, as instituições de Bretton Woods foram chamadas a administrar a crise em nome da estabilidade financeira internacional [...] Assim, estas instituições, entre elas o Banco Mundial, se revigoraram e passaram a ganhar relevância, tanto como intermediadores nas negociações da dívida externa, como fornecedores de recursos para os países do terceiro mundo altamente endividados como o Brasil. O Banco Mundial teve, assim, a oportunidade de expandir suas ações e seu poder de influência, deslocando a ênfase dada nos anos se tenta à diversificação dos projetos setoriais e, concentrando a sua política de empréstimos nos programas de ajuste econômico, os quais comportavam amplas medidas macroeconômicas, em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo Consenso de Washington. Segundo este cânone, o crescimento econômico

só se daria combinando-se medidas de abertura da economia, aprofundamento da inserção na economia internacional e reestruturação do setor público e das políticas sociais (RIZZOTTO, 2000, p. 147).

Com o retorno dos contatos, no governo militar, com o Banco Mundial, novas negociações foram realizadas e, a partir daí, não se verificaram novas interrupções. Porém ressalta-se que, em algumas situações que politicamente podemos considerar inseguras, como nos anos de 1984 e 1989, “constatou-se um retraimento do Banco quanto à confirmação de novos empréstimos” (GONZALEZ, 1990, p. 153 apud RIZZOTTO, 2000, p. 146)

Quanto aos financiamentos de programas e projetos junto ao Banco Mundial, notadamente para o setor saúde, há um diferencial, uma vez que “o BM não teria como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e/ou social de países periféricos como o Brasil, e sim, impulsionar a redução do “[...] papel e da participação do Estado na oferta de serviços de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo que, promove a ampliação e a participação do setor privado neste promissor mercado para a expansão do capital” (saúde), como condicionante de acordos de novos empréstimos ao país (RIZZOTTO, 2000).

Com o decorrer dos anos, novos empréstimos foram realizados pelo Brasil junto ao Banco Mundial, que conseqüentemente contribuíram para uma maior dependência do país aos ditames daquele Banco. Suas exigências eram voltadas cada vez para o capital, em detrimento do social e da saúde estatal. Nesse sentido, Rizzotto (2000) faz um resgate histórico, em sua tese, que merece destaque:

Os acordos de empréstimo com maior aporte de recursos, no campo da saúde, são dos anos 90, quando é retomado no interior do Banco Mundial, de forma mais insistente, a discussão da questão da pobreza e a necessidade das reformas setoriais, momento também que o setor de saúde emerge, em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado. Mas não se pode esquecer outro fenômeno que desempenhou significativa relevância na ampliação dos empréstimos do Banco para o setor de saúde dos países periféricos, foi a emergência e rápida disseminação de certas doenças transmissíveis, como a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que vem sendo tratada, pelo governo americano e, conseqüentemente pelo Banco, como uma questão de segurança nacional (RIZZOTTO, 2000, p. 151).

Nesse resgate histórico da estreita ligação entre o Brasil e o Banco Mundial como financiador da área da saúde brasileira, na década de 1990, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, há uma expansão galopante de

empréstimos junto a esse Banco, que coloca o Brasil como segundo colocado na América Latina, no *ranking* dos países que realizaram empréstimos (de acordo com Banco Mundial), sendo conseqüentemente um dos maiores devedores internacionais.

Dois documentos são destaque na década de 1990, pois pontuam as diretrizes do Banco Mundial para o sistema de saúde brasileiro: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (RIZZOTTO, 2000).

Esses dois documentos se encarregam de avaliar o Sistema Único de Saúde brasileiro, “com destaque para os fatores da relação custo-benefício dos serviços e, [...] na defesa da necessidade de reformas constitucionais e institucionais vinculadas a este setor” (RIZZOTTO, 2000, p. 153). Com a proposta de ampliar os serviços de saúde para os mais carentes, o Banco Mundial pretende, na realidade, destruir, anular e desmontar os direitos sociais, especialmente os da saúde, positivados na Constituição Federal de 1988, que foram duramente conquistados pelas lutas do Movimento Sanitário desde a década de 1970. É notório que as exigências do Banco Mundial para as políticas públicas, notadamente a social, incluindo a da saúde, visam cada vez mais priorizar o setor privado, ou seja, a lei do mercado na saúde. Daí toda uma série de indicações que envolvem o papel do Estado no cumprimento dessas exigências. Essas determinações:

São propostas que, se implementadas, mudariam significativamente o arcabouço jurídico e institucional do Sistema Único de Saúde brasileiro. Refiro-me as propostas de: flexibilização do SUS; Saúde; redefinição do papel dos estados federados na gestão do Sistema de Saúde; estabelecimento de um pacote de benefícios padrão; limitação do acesso a serviços de atenção terciária; controle da oferta de serviços públicos em função dos custos; adoção de formas de co-pagamentos; ênfase no controle dos resultados; favorecimento à iniciativa privada; incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente o setor público e privado e; do papel regulador do Estado, com o deslocamento de atribuições para entidades de classe e organizações públicas de direito privado, como o licenciamento de profissionais, o credenciamento de cursos e de unidades de saúde e, a fiscalização e o controle médico-sanitário (RIZZOTTO, 2000, p. 163).

Vale ressaltar que algumas dessas determinações, mesmo que de forma não integral, foram alvo de reformas do governo brasileiro. O Estado como comando político do capital tem um papel bem definido nessa estrutura capitalista, o que remete à afirmação de Alves (2012) do Estado como neoliberal.

Em seguida, descreveremos como ocorre o entrelaçamento entre o Fundo

Público, o capital e o processo privatizante da saúde.

3.1.2 Fundo público, interesses do capital e privatização

De acordo com Correia (2000), o “fundo público são recursos que compõem o tesouro do Estado”. São recursos públicos utilizados tanto para financiar a acumulação do capital como a reprodução da força de trabalho. Desse modo, ele é estrutural ao capitalismo.

Através do fundo público o Estado intervém na economia, o que envolve uma série de mobilizações deste para atender aos ditames do capital, tais como: modificar o próprio orçamento, alterar a política monetária comandada pelo Banco Central para socorrer as instituições financeiras etc. O fundo público torna-se visível, isto é, aparece quando é apresentado o orçamento público. No caso brasileiro, os recursos do orçamento do Estado são apresentados e expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA), aprovada pelo Congresso Nacional; é através desta apresentação que se pode analisar a disputa de classes pelos recursos e como serão empregados. Conforme Salvador (2010),

A Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2010 fornece pistas dos valores em disputa no fundo público brasileiro: R\$ 1.860.428.516.577,00. Excluindo o refinanciamento da dívida e orçamento de investimento das empresas estatais, os orçamentos fiscais e da seguridade social totalizam R\$ 1,170 trilhão. No entanto, quase um quarto desse valor (R\$ 271 bilhões) está previsto para o pagamento de juros e amortização da dívida pública, ou seja, destinado à esfera da financeirização da riqueza, beneficiando, conforme Pochmann (2007), apenas 20 mil famílias (SALVADOR, 2010, p. 1).

O Fundo Público, ao realizar os repasses de verbas públicas para o setor privado, está contribuindo para que seja perpetuada a reprodução do capital.

Para o entendimento de como funciona a questão orçamentária no Brasil, é necessário conhecer o processo histórico do sistema tributário. Não procuraremos adentrar em sua total complexidade, mas esclarecer alguns pontos cruciais desse processo. O processo histórico do financiamento tributário brasileiro é regressivo, isto é, vem dos tributos indiretos que recaem sobre o consumo, e a tributação direta advém dos descontos nos salários dos trabalhadores formais. No entanto, a tributação da renda no sistema brasileiro é bastante peculiar, uma vez que não são todos os rendimentos que são tributáveis das pessoas físicas; os rendimentos sobre a renda fundiária e sobre as aplicações financeiras têm alíquotas muito baixas.

Atualmente, no sistema tributário brasileiro, a maior tributação ocorre sobre as rendas advindas do trabalho no capitalismo. A regressividade vem, ao longo dos tempos, notadamente da década de 1990 até os dias atuais, se agravando para a classe trabalhadora, tendo em vista as modificações realizadas na legislação tributária infraconstitucional, que vieram de encontro a toda a reforma tributária concretizada na Carta Magna de 1988.

Desta forma, os recursos arrecadados que vão para o fundo público derivam dos impostos e contribuições pagas pelos trabalhadores e também pelos capitalistas, porém, no caso brasileiro, em que existe uma grande desigualdade de renda, essa arrecadação não se processa de forma igualitária, haja vista a regressividade que impera no sistema tributário nacional. Significa que quem contribui com o maior montante de recursos para o fundo público são as contribuições, através de impostos indiretos.

Isto é, os trabalhadores contribuem como trabalhadores formais e como consumidores, ao adquirirem produtos básicos, que têm impostos embutidos.

Salvador (2010) corrobora esse entendimento e afirma:

[...] para se ter uma ideia, do total de recursos do fundo público, mais da metade é arrecadada por meio de impostos indiretos e menos de 4% advêm de tributação sobre o patrimônio, que seria uma forma de onerar os detentores de propriedade privada. Isso sem falar que o mesmo a parcela paga pelos capitalistas tem sua origem no trabalho e, portanto, na mais-valia extraída por meio da exploração da classe trabalhadora. (BRETTAS, 2012, p. 101).

O caráter regressivo do sistema tributário brasileiro acarreta exploração cada vez maior da classe trabalhadora, uma vez que a parcela de contribuição dessa classe, como já dito, é consideravelmente maior para o fundo público. Behring (2008, p. 21), ao analisar esta conjuntura, afirma que “a exploração do trabalho na produção é complementada pela exploração tributária crescente nesses tempos de intensa crise”.

Devido às condições atuais, a classe trabalhadora é a parte mais desfavorecida na correlação de forças, tendo um poder de barganha muito diminuto. De acordo com Brettas (2012, p. 109), “a burguesia encontra formas cada vez mais sofisticadas de apropriar-se do valor gerado pela classe trabalhadora”.

Nesse contexto, Behring e Boschetti (2008) afirmam que é preciso entender

[...] que a mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba

pública para o financiamento de suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já para o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 174).

De forma que a “gestão do fundo público está sempre, de alguma forma, comprometida com os interesses da classe dominante” (BRETTAS, 2012, p. 102). O Estado exerce esse papel de garantidor das condições da produção capitalista, e a utilização do fundo público tem sido fundamental para atender aos interesses capitalistas na acumulação da mais-valia e reprodução do sistema. Nesse sentido o Fundo Público é constitutivo do processo de acumulação capitalista.

Segundo Brettas (2012), um fator importante e fundamental para o processo de produção capitalista foi, sem dúvida, a dívida pública, como garantidora das condições de produção e sem passar pela produção. E, em nome da necessidade de honrar o compromisso de pagamento da dívida pública, vale dizer, cada vez mais crescente, estabelece-se uma série de medidas que vão desde a restrição de direitos anteriormente conquistados, via Constituição Federal de 1988, pela classe trabalhadora, até as privatizações.

De maneira que Salvador (2010, p. 393-394) afirma

No capitalismo contemporâneo, particularmente no caso brasileiro ocorre uma apropriação do fundo público da seguridade social, para valoração e acumulação do capital vinculado a dívida pública. Em outras palavras, parcelas consideráveis dos recursos da seguridade social acabam desvirtuados das suas finalidades e impedem maior investimentos e ampliação de direitos.[...] Em última instância, destinam-se recursos que deveriam ser aplicados em políticas sociais para pagamento de juros da dívida pública, cujos os credores são os rentistas do capital financeiro.

Conforme Brettas (2012), com o intuito de ideologicamente passar a imagem de que, em nome da necessidade de pagar a dívida pública, será preciso realizar todo um conjunto de mudanças, o Estado contribui mais ainda para aumentar a lucratividade do capital e atende às demandas da burguesia em detrimento dos interesses da classe trabalhadora. Esta última, diretamente e indiretamente faz crescer os recursos que irão para o tesouro público, ou melhor, para o fundo público. Com esse intuito, o Estado utiliza várias medidas. No caso brasileiro, podemos destacar mecanismos criados no governo Fernando Henrique Cardoso, no período de 1994 a 2000, com o objetivo de favorecer o pagamento de juros e, portanto, a rentabilidade auferida na esfera financeira. Dentre eles destacamos: os juros altos, a

definição de metas de superávit primário, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Desvinculação de Recursos da União (DRU). (BRETTAS, 2012, p. 113).

Nesse contexto, os recursos advindos das contribuições sociais, que só poderiam ser utilizados para fins da política de seguridade social, passam a ser “desviados” para outros fins, como no caso dos fiscais, para o pagamento da dívida pública, ou seja, contrariando a Carta Magna de 1988. De acordo com Correia (2000), o relatório final, intitulado: Financiamento do SUS, apresentou entre as dificuldades de concretização ampla do SUS a apropriação de recursos destinados para a Seguridade Social que são desviados para o então criado Fundo de Estabilidade Fiscal (FEF)¹⁸.

Desse modo, percebe-se que a relação capital x trabalho se encontra constantemente tensionada, haja vista o papel do Estado em atender às orientações dos organismos internacionais, sacrificando a classe trabalhadora duplamente pelo consumo, através dos impostos indiretos e, diretamente sobre o salário, como já comentado.

Behring e Boschetti (2008, p. 174) anotam:

A mobilização dos trabalhadores busca garantir o uso da verba pública para o financiamento de suas necessidades, expressas em políticas públicas. Já para o capital, com sua força hegemônica, consegue assegurar a participação do Estado em sua reprodução por meio de políticas de subsídios econômicos, de participação no mercado financeiro, com destaque para a rolagem da dívida pública.

É preciso que ocorra uma reforma do sistema tributário. Urge a necessidade de se aumentar os tributos diretos sobre a lucratividade dos grandes empresários e concretizar na legislação federal outros impostos, ainda não disciplinado como o Imposto sobre as Grandes Fortunas (IGF). Observa Salvador (2010, p. 131): “a fortuna desses milionários está estimada em aproximadamente US\$ 1,2 trilhão, o que equivale a praticamente metade do PIB brasileiro”.

Salvador (2010) propõe indicativos que subsidiam as reflexões, organizações e tomadas de decisões dos grupos organizados da sociedade civil, na tentativa de implementação de políticas sociais públicas, notadamente as da saúde, de maneira a concretizar a assistência, tal como prevista na legislação vigente em nosso país, procurando destruir a desvinculação de recursos do fundo público, que está

¹⁸ Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), que vigorou até 1999, e, em seguida, foi substituído pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), prorrogada até 2011 pela Emenda Constitucional n. 56/2007 (DANTAS, 2009, p.17) e que permanece até a concretização desta dissertação.

sucateando o sistema público de saúde.

Salvador (2010) apresenta algumas informações importantes que darão suporte à luta por uma saúde estatizada e de acordo com os moldes e princípios do SUS, que as leis infraconstitucionais dos governos do Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) tentam destruir, seguindo as orientações dos organismos internacionais, Assim, a Lei n. 11.033, de 21/12/2004, promoveu significativas alterações no tratamento tributário das aplicações financeiras, favorecendo os aplicadores do mercado financeiro e da Bolsa de Valores. Com isso, a alíquota do IR sobre os ganhos líquidos auferidos em operações realizadas em Bolsas de Valores, de Mercadorias, de Futuros e assemelhadas foi reduzida de 20% para 15%. Além disso, estão isentos do IR os ganhos líquidos auferidos por pessoa física em operações no mercado à vista de ações, cujo valor das alienações realizadas em cada mês seja igual ou inferior a R\$ 20 mil para o conjunto de ações.

Em linhas gerais, as principais tendências que marcam as modificações no financiamento tributário no Brasil após 1994 são:

aumento da regressividade da carga tributária com a maior incidência de tributos sobre o consumo de bens e serviços; b) apesar da baixa participação da renda dos salários sobre o total da renda nacional da economia, a tributação direta no Brasil tem se limitado e incidido cada vez mais sobre a renda dos assalariados, usando como mecanismo a não correção integral pela inflação da tabela do IR; c) tratamento diferenciado da tributação das rendas no país, violando o princípio da isonomia tributária ao tratar com critérios diferenciados a renda do capital (lucros, dividendos e juros) e do trabalho, pois há concentração cada vez maior de imposto sobre a renda dos trabalhadores assalariados; e d) maior beneficiamento do sistema financeiro pelas modificações ocorridas nas legislações tributárias do período recente, o que faz com que, assim, seja proporcionalmente menos tributado que os trabalhadores e outros setores da economia (SALVADOR, 2010, p. 1).

No sistema tributário brasileiro a classe trabalhadora é a mais penalizada, haja vista a forma direta e indireta que incidem sobre o salário e sobre o consumo de produtos básicos. Dá-se uma relação tensa entre trabalho x capital, pois nesse último não incidem os descontos sob o mesmo fator, proporcionando tratamentos diferenciados às duas classes: trabalhador x burguesia.

Conforme Boschetti e Salvador (2013),

A CF, em seu art. 165, §5º, determina que a lei orçamentária anual compreenderá os orçamentos: fiscal, o de investimentos e o da seguridade social. O legislador, de forma inovadora, determinou a criação de um orçamento com recursos próprios e exclusivos para as políticas da seguridade social, distinto daquele que financia as demais políticas de

governo. Mas o orçamento da Seguridade Social virou “letra morta” na Constituição. Todos os governos que passaram pelo Palácio do Planalto desde 1988 não transformaram o dito constitucional em ação efetiva. (BOSCHETTI; SALVADOR, 2013, p. 54).

Desse modo, com a ofensiva neoliberal a partir dos anos 1990 e a chamada contrarreforma do Estado, a seguridade social constitui um dos principais alvos do processo de privatização, tendo em vista [...] sua enorme capacidade de produzir acumulação de capital na área financeira e na ampliação do mercado de capitais, sobretudo o de seguros privados” (SALVADOR, 2010, p. 28). Os recursos arrecadados são de interesse fundamental para a União, porém, em vez de serem aplicados na área social, são direcionados para o orçamento fiscal da União e destinados a compor o superávit primário, constituindo-se numa apropriação dos recursos públicos arrecadados pela seguridade social e utilizados para a valorização e a acumulação de capital. Recursos que deveriam ser empregados para as políticas sociais são desviados para a esfera fiscal, a fim de atender às exigências dos organismos internacionais.

Salvador (2010, p. 28-29) esclarece:

[...] a estruturação do fundo público no Brasil configura um Estado Social que não reduz a desigualdade social porque se assenta nas seguintes características: i) financiamento regressivo (quem sustenta são os trabalhadores e os mais pobres), que não faz redistribuição de renda; ii) políticas sociais com padrão restritivo e básico, não universalizando direitos; iii) distribuição desigual dos recursos no âmbito da seguridade social e, ainda transferência de recursos para o orçamento fiscal.

Na própria constituição do Estado Social, conforme Salvador (2010), o fundo público tem se constituído num importante fator ativo na implementação da política de seguridade social, e essencialmente na esfera da acumulação produtiva.

De acordo com Salvador (2010, p. 128),

[...] a CF/88, ainda que tenha seus limites, contemplou avanços em alguns aspectos relacionados aos direitos da cidadania [...], às políticas de previdência, assistência social e saúde, que vão edificar a seguridade social no país[...]. A efetivação dessas conquistas e a perspectiva da consolidação de um sistema de bem-estar-social no Brasil deveriam implicar aporte prioritário e considerável de recursos no orçamento público, além da elaboração de um conjunto de legislações complementares.

Salvador (2012, p.129), apoiado nos textos de O'Connor (1977, p. 203), assim descreve: “cada mudança importante no equilíbrio das forças políticas e classistas é registrada pela estrutura tributária”. Salvador (2012, p. 129) de outro modo, afirma:

“os sistemas tributários são formas particulares dos sistemas de classes”. Dessa forma, nesse processo de correlação de forças, quem detiver maior poder de organização político-econômica deverá se empenhar na pressão e no direcionamento dos recursos do Fundo Público, naturalmente com a intervenção do Estado.

As verbas destinam-se ou não para a concretização das políticas sociais públicas. Percebe-se a importância do financiamento para viabilizar a assistência à saúde, sendo necessárias algumas medidas, entre elas:

Extinguir a DRU e carrear a totalidade desses recursos para a área social, em respeito aos princípios inaugurais da Carta de 1988; b) Aplicação integral dos recursos do orçamento da seguridade social na seguridade social em cumprimento aos artigos 194 e 195 da Constituição Federal; c) Elaboração dos orçamentos da seguridade social, fiscal e das estatais, de forma segregada, conforme o art. 165 da Constituição Federal; d) Assegurar bases sustentadas de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29; e) Assegurar que, a médio prazo, parte da capitalização do Fundo Soberano que está sendo constituído com recursos das taxas e royalties da exploração do pré-sal seja canalizada para o financiamento de programas sociais visando o combate à pobreza e a concentração da renda (SALVADOR, 2010, p. 1)

Como se percebe, o Estado brasileiro se tornou um importante fator para a valorização do processo do capital, atendendo aos interesses da classe dominante; ao mesmo tempo em que assegura a reprodução deste, tenta, política e ideologicamente, passar a imagem de protetor e garantidor de direitos, quando concretamente “[...] a formação do Estado nacional é marcada pela ausência de compromisso com qualquer defesa mais categórica dos direitos dos cidadãos brasileiros, por parte das elites econômicas e políticas” (BEHRING; BOSCHETTI, 2008)

A afirmação e a análise de Behring (2000, p. 276) deixam claras a lógica que impera na contemporaneidade:

Do ponto de vista da lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social veem-se fortemente tensionada: pelas estratégias de extração de superlucros, com a flexibilização das relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contração dos encargos sociais e previdenciários, vistos como custos ou gastos dispendiosos: pela supercapitalização - com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde se incluem saúde, educação e previdência; e, especialmente pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, agora no contexto da estagnação, configurando um ambiente ideológico, consumista e hedonista ao extremo.

Depois dos anos 1990, o que se apresenta é ofensiva do capital com vistas a

buscar alternativas para a crise dessa década. Ocorre o desmonte dos direitos sociais conquistados na década anterior, como forma de conter gastos e repassar recursos para os organismos econômicos internacionais. Nesse tensionamento, outra instância visada será a Seguridade Social, que foi assegurada constitucionalmente, num avanço nunca antes visto.

Nesse mesmo entendimento, Dain (2007) discorre:

[...] apesar de serem asseguradas constitucionalmente as fontes de financiamento e o montante de recursos que garantiriam a estabilidade e suficiência do sistema de Seguridade Social brasileiro, passa, a despeito das regras constitucionais, a prevalecer à instabilidade de receitas, que contribuiu para a disputa entre as áreas da Seguridade Social.

Segundo Brettas (2012, p. 112),

[...] em nome da necessidade de pagar a dívida, todo um arsenal de mudanças, que contribuem também para alimentar a lucratividade do capital [...] universalizando interesses que são, na verdade, exclusivo à grande burguesia.

O fundo público, neste contexto, tem sido estrategicamente espaço em que o Estado desvincula, através das criadas legislações infraconstitucionais, os recursos arrecadados para a Seguridade Social, desviando-os para o pagamento da dívida pública, reduzindo os direitos sociais e as políticas sociais públicas voltadas para a classe trabalhadora, e assim contribui para a mercantilização da saúde, favorecendo o setor privado.

Trata-se da tendência em curso de o fundo público ser colocado a serviço do financiamento da reprodução do capital. Não satisfeito apenas com o livre mercado da saúde, o setor privado busca, por dentro do Estado, apropriar-se dos recursos disponibilizados à política pública da saúde (CORREIA, 2012, p. 2).

Com mais uma crise do capitalismo mundial neste final de século XX e início do século XXI, a conseqüente queda tendencial das taxas de lucro levou o capital a disputar cada vez mais os recursos do fundo público. Como conseqüência, houve um progressivo aumento da privatização na saúde, e espaços na saúde, como os tratamentos de alta complexidade, que vislumbravam ser altamente lucrativos, foram alvo de investimentos financeiro, visando à lucratividade do capital. Com isso houve o subfinanciamento das políticas sociais públicas, com o reduzido investimento das verbas do fundo público nestas políticas.

Desse modo, o fundo público foi direcionado para políticas que beneficiam o

capital, como o pagamento da dívida pública, cujos títulos estão na mão do grande capital, como bancos e fundos de pensão. O Estado, mais uma vez, deixa clara a sua função social dentro do sistema capitalista, ou seja, garantir a produção e a reprodução do capital.

Conforme Bahia (2013), com base nos dados informados em entrevista publicada em julho de 2013, através do Orçamento Geral da União no ano de 2010, observa-se que do Orçamento Geral, 44,94% estão direcionados para o pagamento de juros, amortizações da dívida pública, enquanto o percentual reservado para a saúde é de apenas 3,9%. Só o Regime Geral de Previdência, por ter a União que cumprir dispositivos legais, no que se refere aos benefícios previdenciários, e o Regime Próprio de Previdência dos servidores públicos absorvem 22,12% do Orçamento Geral da União. Com relação à política da previdência, que leva esse percentual de certa forma significativo dentro do Orçamento, a União tem se mobilizado para aprovar contrarreformas que reduzam os gastos nessa área, a fim de desviar as verbas arrecadadas e alocadas na política previdenciária, para melhor atender ao mercado.

Nesse sentido, procuraremos discutir as questões que envolvem os usuários renais crônicos, amparados pela Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde, Portaria de Atenção aos Renais, Portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que disciplinam os serviços de diálise em todo o Brasil. Analisaremos como se processa o usufruto financeiro do sistema privado e/ou filantrópico no oferecimento desses serviços, notadamente a diálise, como serviço de alta complexidade cuja assistência é realizada de forma complementar e financiada pelo SUS através de recursos do Fundo Público.

No entendimento de Correia e Medeiros (2013, p. 1),

[...] o que tem se concretizado é a tendência à utilização do fundo público da saúde a serviço do setor filantrópico/privado, caracterizando-se como um processo de privatização por dentro do SUS, visto que o montante de recursos repassados a este setor para a prestação dos serviços de saúde vem crescendo em relação ao que é destinado ao SUS, indo de encontro ao que está previsto no 1º do art. 199 da Constituição Federal e no art. 24 da lei orgânica da saúde, que prevê a participação complementar da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde (CORREIA et al., 2013, p.1)

Os recursos públicos do SUS estão progressivamente sendo repassados para os serviços privados/filantrópicos, numa relação de complementaridade invertida, contrariando os dispositivos constitucionais que estabelecem o inverso na

assistência aos usuários do setor público de saúde. Caracteriza-se, conforme Correia e Santos (2013), “a privatização por dentro do SUS”, especialmente com os serviços privados de assistência dialítica ao renal crônico apropriando-se dos recursos públicos advindos do sistema público de saúde.

3.1.3 Privatização da saúde por dentro do SUS e a apropriação privada do fundo público

No item anterior discutimos como o Estado, sob orientações do capital, se apropria de estratégias, como o lançamento de legislações infraconstitucionais, que garantem a desvinculação das receitas da União (DRU) e facultam a transferência de verbas destinadas à Seguridade Social, vinculadas ao Fundo Público, para atender à dívida pública. Desse modo, o estudo sobre o Fundo Público e a utilização dos recursos públicos que são repassados para os serviços de diálises privados, sejam instituições de natureza filantrópicas ou não, torna-se fundamental para o entendimento e esclarecimento de como se processa a privatização da saúde por dentro do SUS: o processo de privatização que passa pela apropriação pelo setor privado da saúde das verbas públicas advindas do Fundo Público.

Segundo Campos et al. (2012):

[...] O Brasil, mesmo após a Constituição que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mantém dois grandes projetos polares para a política de saúde: a tradição dos sistemas nacionais de saúde, de caráter universal, e o modo liberal privatista, com valores e interesses distintos, quando não antagônicos (CAMPOS, 2007 apud CAMPOS et al., 2012, p. 12)

A política de saúde, da maneira como vem sendo conduzida, contribui para o processo de sua desestruturação como política pública, haja vista o processo privatizante, que vem se aprofundando desde os anos 1990. Os repasses do Fundo Público para as instituições filantrópicas e privadas comprovam toda a expansão progressiva do processo de privatização por dentro do SUS.

Este vem ocorrendo por meio da aquisição de serviços privados de saúde complementares aos serviços públicos, através das contratualizações de serviços filantrópicos/privados. Esta relação existente entre a oferta de serviços de diálises no setor privado e os repasses de recursos públicos, gerada pelo estabelecimento de contratos ou convênios, muitas vezes não se apresentam de forma clara; há situações nebulosas, como, por exemplo, a distribuição desses recursos, e até

mesmo a comprovação de registro formal dos contratos e/ou convênios. Notadamente no que se refere à assistência dialítica e aos recursos destinados ao seu funcionamento, Coelho (1998, p. 2), salienta que:

Ora, como em saúde, assim como em muitas políticas públicas, são raras as situações em que as opções são claras, acabamos ficando, na maioria das vezes, sem um modelo normativo e, também, sem a possibilidade de aprofundar o debate teórico a respeito de distribuição de recursos no setor. Esta situação tem facilitado a proliferação de estudos que atribuem as distorções nas distribuições de recursos à atuação do setor privado, sem explicitar os mecanismos que tem permitido que esses interesses sejam beneficiados.

O Estado, utilizando as instituições e seu aparato burocrático, define, a partir das regras do mercado, estratégias capazes de administrar a manutenção dos objetivos do capital. No caso específico do tratamento dialítico, as opções de destinação de recursos públicos para essa assistência partem de todo um contexto particular brasileiro. Dessa forma, a decisão e a estrutura que favorecem uma modalidade ou outra de tratamento dos renais crônicos precisam ser desmistificadas. Conforme Coelho (1998), “O perfil de distribuição de recursos públicos entre transplante e a diálise reflete o ponto de equilíbrio definido pela interação entre interesses e constrangimentos institucionais, econômicos, técnicos e éticos”.

Por conseguinte, quanto ao interesse dos serviços de diálises privados em ofertar a diálise, e o desinteresse no transplante renal, há de se entender a razão.

Segundo Coelho (1998, p. 10-13),

[...] quando se pensa na força dos interesses ligados à diálise, deve-se entender que ela decorre em deve-se entender grande parte da política seguida pelo Inamps, que, ao assegurar à diálise uma remuneração atraente, permitiu, já na década de 1970, que este tratamento crescesse mais que o transplante [...] Em 1976, quando o Inamps passou a reembolsar generosamente pelos serviços de diálise, ocorreu uma rápida expansão na sua oferta¹⁹.

¹⁹ A ideia de consolidar um orçamento integrado para o tratamento da insuficiência renal crônica segue, assim, aparecendo como uma boa alternativa para os que acreditam que se deva reverter a tendência de crescimento da diálise e estimular o transplante. Para viabilizar esta alternativa será necessário estudar maneiras de diferenciar o financiamento dos procedimentos de alto custo, permitindo que, nos casos em que isso se mostre necessário, este seja pautado, por exemplo, pela relação entre o custo, a sobrevida e a qualidade de vida propiciada pelos diferentes tratamentos disponíveis. Esta decisão poderá inclusive vir a contribuir para a definição de soluções mais adequadas na área de financiamento dos procedimentos de alto custo como um todo. Segundo a autora, em 1996 “a hemodiálise hospitalar é responsável por 81% dos procedimentos dialíticos oferecidos”. Cerca de 90% destes tratamentos foram financiados com recursos públicos. Até hoje, no

Como se percebe, o processo de privatização dos serviços de diálises ocorre desde a década de 1970, e desde então tem sido reforçado pelos interesses capitalistas, que tem no Estado sua garantia de lucros incessantes, proporcionando uma autonomia aos serviços privados e/ou filantrópicos na oferta da diálise, porém, pagos pelo SUS.

Conforme Correia e Santos (2013), “as raízes da privatização da saúde estão, historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área de saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro”.

A aquisição de serviços privados de saúde complementares aos serviços públicos através das contratualizações de serviços filantrópicos/privados e a alta complexidade no tratamento dialítico, conforme mapeamento dos serviços e repasse de verbas para os serviços de diálise filantrópicos/privados, demonstram que esse processo de privatização está caminhando a passos galopantes, haja vista as contratualizações que vêm acontecendo ano a ano. Identifica-se sempre presente o apoio estatal, por dentro do SUS, quanto aos interesses do capitalista nesse tratamento dialítico, haja vista o repasse de verbas via SUS para as unidades de diálise, sejam elas privadas e/ou filantrópicas, com fins lucrativos ou não. São serviços adquiridos de forma complementar do privado pelo público, que deverão ser formalizados, por exigência legal, em contratos ou convênios.

O governo federal tem percorrido um caminho, e cada vez mais se identifica a articulação com o sistema de saúde privado, enfatizando a intenção de privatizar a saúde no Brasil, notadamente a assistência em alta complexidade, no caso em estudo, aos renais crônicos em diálise. E, dessa forma, cada vez menos tem investido adequadamente num sistema público de saúde, cumprindo o que preceitua a Constituição, ou seja, propiciar saúde de qualidade ao povo brasileiro. Assistimos dia a dia ao Estado delegar ao setor privado essa função.

Correia (2012) aponta que outra forma de repasse de recursos públicos da saúde para o setor privado tem se dado através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Fundações Estatais de Direito Privado e, mais recentemente, através da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Segundo a autora,

entanto, por deficiência do sistema de saúde, uma parcela dos doentes renais crônicos nem sequer chega a ser diagnosticada. (COELHO, 1997, p. 3).

Trata-se da privatização do que é público, na medida em que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, através da abertura à iniciativa privada como fornecedora destes serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades privadas. Esta forma de privatização tem sido considerada ilegal à medida que se admite a substituição da prestação de serviços públicos por serviços privados e não apenas a sua complementaridade (CORREIA, 2012, p. 3).

Segundo Correia (2012, p. 1), “na atualidade, o que continua em jogo é a histórica disputa na saúde: a defesa do seu caráter público e a sua utilização como mercadoria, como fonte de lucro”. De acordo com Bahia (2013), “o principal problema do sistema de saúde brasileiro é um paradoxo insustentável: um padrão de financiamento orientado para o mercado e um direito constitucional à saúde universal”. (BAHIA, 2013, p. 1).

Já para Medeiros (2008, p. 200),

[...] continua avançando a privatização do sistema de saúde, realizada através da compra de serviços médico-hospitalares de clínicas e hospitais privados e filantrópicos, conservando a mercantilização da saúde (na qual se inclui a destruição do caráter de bem público da imensa maioria da rede de Santas Casas) com a garantia de financiamento e ampliação de seu mercado potencial. Essa lógica possui ecos nos serviços públicos e em parcelas do Movimento Sanitário que ocupam essas instâncias. O sistema de saúde instituído nessas bases situa-se “contra a forte maré” inscrita na dinâmica constituída no país, principalmente a partir dos anos 90, prevalecendo a lógica privada na produção dos serviços de saúde e a conseqüente fragilidade da esfera pública. A política de saúde formulada e implementada rege-se por uma agenda restritiva, na qual os princípios de eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos sobrepõem-se à universalização e equidade.

Conforme Bravo (2011) existe uma tensão constante no sistema brasileiro de saúde que não pode ser ignorada:

[...] o debate travado entre os diversos agentes na área da saúde, que colocaram suas estratégias para o enfrentamento da questão, e os principais pontos de polarização do embate se caracterizavam pela estatização/privatização, centralização/regionalização, participação/manipulação (BRAVO, 2011, p. 90).

Na área da saúde, a constante correlação de forças, conforme Aciole (2006), dos setores privado e público, no contexto do capitalismo, faz com que tenhamos dois subsistemas de saúde no Brasil: de um lado o privado, “centrado na oferta e consumo de procedimentos médico-clínico”, financiada pelo SUS, e um outro público, “voltado para o atendimento das questões de natureza coletiva e sanitária, financiado e geridos pelos organismos da saúde”. Segundo o autor, as disputas

partem de concepções liberais de saúde que defendem o privado e das concepções do movimento de reforma sanitária que concebem saúde como um direito e como bem público, numa dualidade que vem da década de 1970. Cohn (2002, p. 13) afirma: “[...] uma primeira dicotomia no interior da saúde: o enfoque eminentemente curativo frente ao enfoque eminentemente preventivo”. Aciole (2006), também discute essa dualidade²⁰

Dessa forma, segundo Cohn (2002) à saúde pública ficam reservadas as ações coletivas (sanitárias), e os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, contribuintes da Previdência Social, ficam à mercê dessa, que se encarrega de comprar os serviços médicos ao setor privado, sob a forma de credenciamentos, para assistir individualmente a classe trabalhadora.

Por conseguinte, inicia-se um processo de visão de saúde, restrita à assistência médica individual, que deverá ser ofertada pelos serviços privados, via Previdência.

O capítulo a seguir discorre sobre a questão que envolve a relação público-privada, notadamente no ponto em que essa atende ao dispositivo legal no que se refere à complementaridade do privado ao público, prevista no artigo 199, § 1º, da CF/1988. Esclareceremos que o setor privado, através da brecha constitucional estabelecida, irá, por meios de convênios e contratos, inverter o definido em lei, que estabelece que a complementaridade seria permitida até que o setor público pudesse ofertar os serviços.

3.2 A complementaridade invertida na atenção aos renais crônicos

A complementaridade, aqui tratada, refere-se à participação privada na prestação dos serviços públicos de saúde, na alta complexidade, especificamente no que se refere ao tratamento dialítico. Diz respeito ao oferecimento dos serviços de saúde pelo setor privado ao setor público, mediante convênio ou contrato, a depender da natureza jurídica da instituição contratada ou conveniada.

Cabe ao gestor público a tarefa de definir, de acordo com preceito legal, a forma de delegação ou de cumprimento direto dos serviços privados em

²⁰ Afirma Aciole (2012) que na situação dialética que envolve o individual/coletivo, particular/público, a medicina e a saúde pública são relacionadas pela perspectiva dicotômica como inconciliáveis, e num contexto discursivo em que se revelam alguns pares opostos, que vão da compreensão dicotômica entre curativo e o preventivo (AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1976), até a polarização entre público e privado (MERHY, 1999 apud ACIOLE, 2012, p. 332)

complemento ao público, de forma a prestar assistência aos usuários.

Para esclarecer esta relação de complementaridade:

A relação de compra e venda de serviços de saúde estabelecida entre o SUS e os prestadores privados deve ser mediada por contratos, como determina a Constituição. Os princípios, as formas e os instrumentos para mediar as relações entre o poder público e os fornecedores de bens e serviços privados estão tipificados na lei n. 8.666. Não obstante a omissão da lei que, em seu artigo 13, não prevê os serviços de saúde entre os descritos, ela deve ser observada por tratar-se do marco normativo para o estabelecimento de contratos, convênios e similares entre o Estado e a iniciativa privada. (MATOS; POMPEU, 2003, p. 1).

A Constituição de 1988, ao permitir ao Poder Público recorrer aos serviços privados de saúde quando os públicos fossem insuficientes, contribuiu para o processo da complementaridade do privado ao público na saúde; este ao longo do tempo foi sofrendo uma inversão no processo complementar. Essa complementaridade, prevista na CF/88, ocorreu a partir das correlações de forças, dentro do Movimento de Reforma Sanitária, e posteriormente no processo da Assembleia Constituinte, cujas correntes disputavam as respectivas propostas.

Conforme Santos ([201-?]), a Administração Pública, durante a década de 1980, contava com 70% dos serviços privados complementando os serviços públicos. A Instituição Pública que tinha estabelecido e contava com maior articulação desses serviços privados era o INAMPS, que mantinha inúmeros contratos e convênios com o setor privado lucrativo e sem fins lucrativos. O artigo 199, § 1º, da CF/1988, que trata da questão da complementaridade do setor privado ao público no oferecimento da assistência aos usuários, desde que o setor público não tenha disponibilidade para viabilizá-los, foi introduzido no texto constitucional, atendendo à proposta que conseguiu alcançar o consenso dentro do processo de construção da CF/1988, e contrariando o próprio texto constitucional em seu artigo 196. Eis o referido dispositivo legal:

Art. 199 §1º “A iniciativa privada pode participar do SUS, de forma complementar, com preferência para as entidades filantrópicas. A participação dá-se mediante convênio (serviços filantrópicos) ou contrato de prestação de serviços de saúde (entidades lucrativas) firmado com o gestor do SUS (estadual ou municipal). Integrados ao SUS, as entidades privadas submeter-se-ão a regulação, fiscalização, controle e avaliação do gestor público correspondente, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão. (BRASIL, 1988).

A própria Constituição Federal de 1988 expressamente definia a participação privada no sistema público de saúde. Esse dispositivo determina o caráter

complementar de participação do setor privado na prestação de serviços públicos de saúde, e, em alta complexidade, no tratamento dialítico; no caso em estudo, na opção hemodiálise. Este processo complementar inicia-se a partir do alcance do conteúdo constitucional da complementaridade.

Os dispositivos legais a seguir estabelecem a participação privada na prestação de serviços de saúde, previstos no artigo 197 e no parágrafo primeiro do artigo 199 da Constituição Federal, cuja transcrição merece destaque:

Art.197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

[...]

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (BRASIL, 1988).

Conforme Correia e Santos (2013), “devemos prestar atenção que a brecha constitucional que estabelece a complementaridade do setor privado ao setor público mediante contrato de direito público ou convênio (Artigo nº 199, § 1º, da CF/1988), quando as disponibilidades do SUS 'forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área' (arts. 24 a 26 da Lei n.º 8.080/1990), viabilizou o crescimento dos serviços privados de saúde por dentro do SUS, principalmente nos tratamentos de alta complexidade, que constituem os serviços de saúde que mais dão lucros, como é o caso específico dos pacientes renais crônicos. Esse processo contribuiu para que cada vez mais os capitalistas da saúde usassem esse dispositivo para o aumento dos serviços privados em detrimento dos públicos, notadamente no caso dos serviços de diálise que são oferecidos nos serviços privados custeados pelo SUS mediante contratos. Ocorre, portanto, uma inversão nesta complementaridade, conforme observado e demonstrado em dados da seção posterior desta dissertação.

Historicamente, como já discorreremos sobre o assunto, a luta dos militantes dos grupos sociais progressistas da sociedade civil, técnicos e teóricos que participavam do Movimento de Reforma Sanitária, se contrapôs ao modelo médico assistencial privatista da década de 1970, propondo outro modelo de saúde. Vale frisar que, dentre esses movimentos, destaca-se o Movimento Popular, que visava à

estatização da saúde pública. No interior do Movimento de Reforma Sanitária existiam outros atores políticos, representantes dos setores privados da saúde, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e os empresários da indústria farmacêutica; estes, como força conservadora, buscavam o *status quo* do modelo médico-privatizante. Destacamos, nesse processo democrático, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório final, a partir da forte influência das forças conservadoras, aprovou o fator complementar do privado ao público. Desse modo, segundo Correia e Santos (2013, p. 5),

Decidiu-se pela complementaridade, diante da insuficiência da rede pública instalada para atender a suposta ampliação da demanda com o acesso universal à saúde propugnado. O próprio relatório final da 8ª CNS aponta que a questão que mais mobilizou os participantes e delegados desta Conferência foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva.

As discussões nesta VIII Conferência foram bastante densas, e a proposta da estatização imediata não conseguiu o intento. No entanto, foi unânime a defesa de que se precisava fortalecer e expandir o serviço público em saúde, para a progressiva expansão do público (Relatório Final da 8ª CNS, 1986, p. 2). Isto quer dizer que o setor privado iria complementar o público até que o Estado, através das políticas públicas, pudesse assistir os usuários do SUS, nos serviços públicos, de forma integral e universal. O serviço de saúde público que não dispusesse de condições, principalmente de média e alta complexidade, manteria o estabelecimento de contratos com o setor privado na assistência à saúde e seria controlado através de normas e regras estabelecidas pelo Estado.

O que se propunha, naquele momento, é que progressivamente o setor público pudesse dispor de condições para oferecer toda a assistência à saúde necessária de forma estatal. Porém, o que tem ocorrido ao longo dos anos, após a promulgação da Constituição de 1988, é o contrário, ao invés da estatização progressiva dos serviços de saúde, ocorreu, e está ocorrendo, um processo inverso, com o fator complementar sendo priorizado, de maneira que, cada dia mais, verificasse a privatização dos serviços, notadamente os que dão mais lucros.

Ressalta-se que a brecha constitucional que estabelece a complementaridade do setor privado ao setor público, “mediante contrato de direito público ou convênio” (Artigo nº 199, § 1º, da CF/1988), quando as disponibilidades do SUS “forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma

determinada área” (art. 24 a 26 da Lei n.º 8080/1990), permitiu a ampliação dos serviços privados de saúde por dentro do SUS, principalmente nas áreas mais lucrativas – média e alta complexidade –, distorcendo esta complementaridade na prática.

E, outro fato mais agravante, esse processo complementar está tão acelerado, que corremos o risco da substituição dos serviços públicos ainda existentes. Assistimos a todo um contexto permeado por determinações econômicas e políticas neoliberais, orientadas e exigidas ao Estado pelo Banco Mundial, seguindo exigências do capital, e aqueles como complexo a serviço do capital, tem feito tudo para que os objetivos e metas do capital sejam efetivadas.

Em Alagoas, o cenário do fator complementar é bastante significativo; concretamente, são ofertados mais serviços de diálise de forma conveniada à população alagoana do que no serviço público, uma vez que o Estado só dispõe de um serviço público que oferece tratamento dialítico, o Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, de natureza federal. Este dispõe de apenas sete máquinas de diálise para os doentes renais crônicos que conseguem chegar ao tratamento dialítico.

Destacamos que esse contexto em Alagoas está modificando, ou seja, o HUPAA tem passado por um processo de alteração de sua gestão com a sua adesão a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²¹, conforme notícia publicada no site da EBSERH.

Nesta terça-feira, 14/01/14, o reitor da Universidade Federal do Alagoas (Ufal), Eurico Lôbo, e o presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), José Rubens Rebelatto, assinaram contrato para parceria na administração do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). O ato aconteceu na sede da Ebserh, em Brasília (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014)

Para o Estado esta alteração na gestão dos HUs vem sanar dificuldades de ordem financeira, administrativa e o intuito é fortalecer o SUS, como se observa nas palavras do presidente da EBSERH:”

²¹ Empresa pública, vinculada ao Ministério da Educação, criada em 2011 com a finalidade de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais. Atualmente, possui contrato de parceria com 23 das 47 unidades existentes no país. Desde a sua criação, coordena o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/2014>>. Acesso em: 18 out. 2014.

A adesão da Universidade Federal do Alagoas é de grande importância, visto que no estado mais de 90% dos cidadãos não possuem plano de saúde, ou seja, dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde - SUS. Como o trabalho da empresa é feito 100% pelo SUS, os serviços oferecidos tanto na parte de assistência quanto na parte educacional poderão ser melhorados. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014)

No entanto, essa adesão vem formalizar a privatização que vem ocorrendo desde os anos 1970, antes do SUS e se agravando dos anos de 1990, por dentro do SUS, para os nossos dias. Essa adesão vai significar a intensificação do privado no único serviço público, que oferta tratamento dialítico, e o enfraquecimento do sistema de saúde pública do Estado.

De acordo com Santos (2012, p. 1),

[...] O risco é invés de se complementar os serviços públicos, sob regras públicas e em quantidade que realmente possa ser denominada de complementar, a gestão pública minguar e os serviços privados crescerem além da justa medida e sem os necessários e devidos controles. Os limites tem sido tênues. E na saúde há, muitas vezes, uma confusão entre esses interesses, principalmente quando entidades sem fins lucrativos. A inversão é perigosa. O SUS poderá, em muitos casos, ser complementar da atividade privada lucrativa, em nome de um direito à saúde que, no nosso entendimento não pode sustentar-se nesse tipo de reivindicação. Esse será um caminho invertido, um caminho que irá na contramão do direito à saúde e a favor do consumo de saúde.

Conforme Santos (2012), “o que precisa ser questionado e ficarmos atentos é que essa complementaridade, do serviço de saúde privados aos públicos tem que ser, complementar, e não substitutiva”. O Estado, conforme legislação constitucional exerce o seu papel de fiscalizador e controlador desses serviços, realizando os acompanhamentos e as auditorias necessárias.

Ainda que em curto prazo a atividade privada não se acabe e conviva com os serviços públicos de assistência dialítica, essa complementaridade precisa ser consubstanciada em ajuste de colaboração e contratos de prestação de serviços que de fato sejam capazes de manter o controle do Poder Público sobre o setor privado complementar. Nesse caso, importante é o papel dos movimentos e da sociedade civil no controle social. De maneira que, mesmo nessa condição de complementar ao público, de forma temporária, estes serviços deverão proporcionar aos usuários da alta complexidade, e especificamente aos renais crônicos, atendimento de qualidade adequada a sua patologia, com todos os seus direitos sociais assegurados.

Conforme Correia (2012), em documento da Frente contra a Privatização, no

estado de Alagoas a complementaridade do SUS é invertida:

O que acontece lá (em Alagoas) é uma privatização que temos chamado de legal, porque a complementaridade é permitida pelo artigo 199 da Constituição Federal e está prevista também no artigo 24 da lei 8.080, que é a lei orgânica da saúde. Mas falamos que ela é invertida porque na verdade a rede privada hoje detém, através dos convênios da venda de serviços para o SUS, mas de 60% dos recursos públicos”, denunciou (CORREIA, 2010, p. 1).

Desta forma, segundo a autora, instituições públicas carecem de recursos, enquanto o Estado privilegia as instituições privadas ditas filantrópicas. “Por exemplo, a Maternidade Escola Santa Mônica, que é pública, precisa ser ampliada e já há um projeto que está engavetado, de desapropriação de duas casas vizinhas para ampliá-la; enquanto isso, do outro lado, se compram muitos serviços da rede privada ao invés de ampliar a rede pública. E isso não tem se dado apenas em Alagoas, mas no Brasil inteiro” (CORREIA, 2012, p. 1).

A Constituição Federal, quando determina a complementaridade da participação privada no setor de saúde, define que a participação da iniciativa privada deve ser complementar ao SUS em todas as atividades que se vinculam à assistência à saúde de forma integral, quais sejam: atividades voltadas à prevenção de doenças e à promoção, proteção e recuperação da saúde, dentre as quais aquelas de controle e fiscalização.

O processo complementar de privatização do serviço público na saúde de alta complexidade, especificamente ao renal crônico terminal, será demonstrado através de dados pesquisados em *sites* oficiais do governo brasileiro que tratam da destinação de verbas públicas para a saúde.

Tabela 1 – Procedimentos Hospitalares do SUS (Média / Alta Complexidade)*

Período	Rede Pública	Rede Privada**
2008	40%	60%
2009	42%	58%
2010	43%	57%
2011	43%	57%
2012	43%	57%

Fonte primária: DATASUS, Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: mar. 2014.

Nota: *Porcentagem do total de recursos públicos destinados para os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade.

**Contratado, contratado optante simples, filantrópico, filantrópico isento de tributos e contratos Sociais e Sindicatos.

Conforme Tabela 1, pode-se dizer que há uma complementaridade invertida,

em que o SUS estaria sendo complementar ao privado, e não o inverso, como previsto no art. 199, §1º, da Constituição Federal e no art. 24, da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), que prevê a participação da iniciativa privada no SUS: “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada”. Como pudemos visualizar na tabela apresentada, a ampliação do repasse de recursos públicos à iniciativa privada para a prestação dos serviços de saúde teve um maior crescimento no ano de 2008, em que 60% dos recursos públicos da saúde foram repassados à rede filantrópico-privada, enquanto para a rede pública, apenas 40%.

As instituições privadas voltam-se para este setor lucrativo, e concretamente observa-se o repasse de verbas públicas para este setor, numa inversão total dos preceitos constitucionais, previsto no artigo 199, 1º, da CF/88 que disciplina o contrário. Vale ressaltar e reafirmar que, também, a prioridade de complementaridade das entidades filantrópicas na assistência aos renais crônicos não está sendo seguida. Dados a serem coletados demonstrarão a prioridade destas nesse atendimento. E os referidos dados irão evidenciar se as instituições de natureza privada têm sido beneficiadas muito mais com verbas públicas do que as filantrópicas²².

No próximo item iremos apresentar a doença renal crônica, seu perfil

²² No decorrer da nossa pesquisa identificamos outra questão que merece todo um processo investigativo e exploratório: refere-se à lucratividade das entidades filantrópicas, que são beneficiadas com uma série de isenções fiscais e têm como função a assistência social. Ocorre que na prática vimos que várias entidades com essa natureza ocupam no *ranking* nacional posições que se destacam como as instituições mais lucrativas, conforme publicações em imprensa nacional, mas que ressaltamos nesta dissertação não se constitui objeto tal processo investigatório. No entanto, não poderíamos deixar de pontuar, para futuras análises na academia, de modo a contribuir com reflexões deste estudo, para a população que merece usufruir do serviço público de saúde [nota da autora da dissertação]. Em registro no Cadastro Nacional de Assistência Social (CNAS) do Ministério do Desenvolvimento Social, essas instituições, além de terem como dever reverter seus ganhos em tecnologias de ponta para os serviços públicos pelo SUS, também têm como finalidade “sem fins lucrativos”. A Constituição Federal prevê a atuação da iniciativa privada no campo dos direitos sociais, colaborando decisivamente na efetivação da Ordem Social. A presença do particular, nas atividades inerentes à ordem social (saúde, ensino, educação, cultura, assistência aos excluídos), significa ocupação de espaço que o Estado deveria ter priorizado como seu campo de atuação. Constata-se, porém, que a iniciativa privada, ao atuar no campo da Ordem Social, presta serviços de relevância para a comunidade e sociedade, sem qualquer conotação lucrativa ou especulativa. As entidades filantrópicas, no texto constitucional, são destinatárias das seguintes referências:- estão isentas da contribuição para a seguridade social, as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências fixadas em lei (art.195, §7º); assistência à saúde é livre à iniciativa privada; entidades privadas podem participar de forma complementar do sistema único de saúde, tendo preferência entidades filantrópicas e entidades sem fins lucrativos; é vedada destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às entidades privadas com fins lucrativos (art.199, CF/1988).

epidemiológico no cenário da saúde pública, por ser considerada um grande problema de saúde pública. Apresentaremos os serviços de atenção aos renais crônicos, destacando suas naturezas jurídicas e demonstrando, através de dados colhidos em *sítes* oficiais do governo brasileiro, os quantitativos de serviços ofertados em diálises, além dos montantes em recursos públicos repassados para os serviços privados, filantrópicos e públicos para o tratamento dialítico, na opção hemodiálise em Alagoas e no Brasil. Destacamos que, em Alagoas, por possuir apenas 12 unidades de serviços de diálises, sendo 11 vinculadas ao Sistema Único de Saúde, apresentaremos nominalmente esses serviços, destacando suas naturezas jurídicas, e quanto de diálises realizaram no período pesquisado (2005-2013), além dos recursos dos SUS recebidos, por cada Instituição, para o tratamento dialítico em pacientes renais crônicos terminais neste Estado. Vale destacar que apenas uma unidade de diálise em Alagoas, a UNIRIM, de natureza privada, não recebe verbas do SUS.

3.2.1 Os Serviços de Atenção aos Renais Crônicos em Alagoas e no Brasil

Nesse contexto de sistema de assistência à saúde de forma universal e integral no SUS está incluso o atendimento em alta complexidade, tratamento definido pelo Ministério da Saúde como um:

Conjunto de procedimentos, que no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011, p. 21)

São diversas as áreas que estão inseridas na alta complexidade pelo SUS, entre estas a assistência ao usuário portador de doença renal crônica, por meio dos procedimentos de diálise.

Conforme Ribeiro, Costa e Magalhães (2010):

Quando a função renal está comprometida, o organismo precisa de um processo que consiga suprir as necessidades de filtração, depuração e purificação do sangue. Dessa forma quando os rins não funcionam temos que usar uma forma artificial de eliminar estes excessos retidos no organismo, através da diálise (RIBEIRO; COSTA; MAGALHÃES, 2010).

A Doença Renal Crônica (DRC) constitui hoje um problema de saúde pública, segundo publicação de US Renal Data System (2004)²³. Diante da gravidade dessa

situação, Mariani e Fortes (2004) destacam problemas epidemiológicos devido ao aumento da incidência de DRC e, também, políticos e econômicos devido à carência de programas preventivos sustentados no Brasil. A mudança no perfil de morbimortalidade da população no mundo tem apresentado uma transferência do eixo das doenças infecto contagiosas para as doenças crônico-degenerativas, ocorrida em virtude do aumento do número de idosos e da prevalência de obesos na população, que têm como consequência a elevação dos casos de doenças crônicas, como o Diabetes Melitus e a Hipertensão Arterial; estas levam à falência funcional renal. Nos países desenvolvidos, dado o alto custo do tratamento, o acesso às Terapias Renais Substitutivas (TRS) vem sendo limitado. No Brasil, o Ministério da Saúde é o principal financiador das TRS; vale dizer, instituições privadas e/ou filantrópicas têm recebido recursos do SUS para a oferta de diálises.

Conforme documento do Ministério da Saúde (BRASIL. 2014, p. 7)

Aproximadamente 90% dos casos diagnosticados de DRCT ao redor do mundo são provenientes dos países em desenvolvimento. A taxa de prevalência de pacientes em TRS é de 1.000 pacientes por milhão de pessoa (pmp) em países da Europa, no Chile e Uruguai, e de 1.750 pacientes pmp nos EUA (14). De acordo com o Censo Brasileiro de Diálise publicado em 2012, o número de pacientes com DRCT no Brasil praticamente duplicou na última década, passando de 42.695 em 2000 para 91.314 em 2011 com mais de 28.000 novos pacientes ao ano iniciando TRS..

De acordo com Bastos (2010)

A DRC é, atualmente, considerada um problema de saúde pública mundial. No Brasil, a incidência e a prevalência de FFR estão aumentando, o prognóstico ainda é ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos. O número projetado atualmente para pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil está próximo dos 120.000, a um custo de 1,4 bilhão de reais. (SESSO, 2008 apud BASTOS, 2010, p.1)

Conforme Bastos (2007) cerca de 90% dos centros privados especializados em diálise estão conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A tendência futura será a limitação ao acesso universal (OLIVEIRA, 2005 apud BASTOS et al., 2007, p.2)). Vale ressaltar que cerca de 60% dos usuários com DRC não chegam a ter acesso às TRS, evoluindo aos óbitos nas redes básicas, muitas vezes sem diagnóstico²⁴. Há, portanto, um paradoxo entre a existência do serviço de alta complexidade (diálise) pelo SUS, financiado por verbas públicas, e a dificuldade de inserção dos usuários renais crônicos nesses serviços; tendo em vista que o acesso às TRS têm sido importante na expectativa de vida dos pacientes com falência renal

²⁴ Cf. ROMÃO; NASCIMENTO (2000, apud BASTOS 2007, p. 3)

Bastos et al (2007) afirma que

Além de onerosa, a fase terminal da DRC determina significativa queda da qualidade de vida e da capacidade laborativa dos pacientes. Avanços nos estudos da história natural da doença têm evidenciado que os pacientes diagnosticados precocemente sobrevivem melhor na diálise (K/DOQI, 2002). Além disso, a detecção precoce com acompanhamento especializado permite diagnosticar e tratar as complicações e comorbidades da DRC e, conseqüentemente, início da TRS em melhores condições clínicas, com reflexo na sobrevida pós-diálise. (BASTOS et al., 2007, p.3)

Dentre esses pacientes estão os que necessitam fazer hemodiálise em decorrência de alguma patologia renal, esses somam aproximadamente 10 milhões de pessoas, e destes, 17% precisam realizar o procedimento de hemodiálise para sobreviver. No Brasil, enquanto o paciente aguarda na fila do transplante, a taxa de mortalidade chega a 17%. (AGÊNCIA BRASIL, [2013]).

No mundo, as doenças renais crônicas ocupam um espaço no perfil epidemiológico das patologias que ocorrem na população. Estima-se que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal. Estudos ressaltam que mais de 70% desconhecem este diagnóstico médico, que se dá de modo tardio nas Unidades de Saúde Básica; além das precárias atividades de prevenção a esta doença renal²⁵.

A Sociedade Internacional de Nefrologia, a nível mundial tem se preocupado e tem investido em iniciativas para contenção da doença renal, vejamos,

A Sociedade Internacional de Nefrologia tem enfrentado o desafio de conter a epidemia da Doença Renal Crônica através de articulações com outras instituições, tais como a Federação Internacional de Diabetes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial, no sentido de programar políticas de saúde voltadas ao rastreamento e prevenção da doença renal, incluindo abordagens multiprofissionais e incentivos às ações educativas destinadas à população e aos profissionais de saúde (REMUZZI, 2005 et al. apud BASTOS et al., 2007, p.9).

Destaca-se que, no Brasil, o tratamento dialítico é financiado pelo Sistema

²⁵ Atualmente estima-se que cerca de um em cada dez adultos é portador de doença renal crônica. Essa doença, por ser silenciosa, não costuma ocasionar sintomas na fase inicial, podendo, com o decorrer do tempo e dos hábitos de vida e de consumo, assumir extensão e complexidade que a tornam doença crônica e irreversível. Necessita de tratamentos complexos que substituem parcialmente a função renal, aliviando os sintomas da doença e preservando a vida do paciente; porém, nenhum deles é curativo. Casos mais graves requerem a hospitalização do paciente renal crônico e, muitas vezes, levam-no à morte. Em 2008, no Brasil, as taxas de mortalidade por insuficiência renal (IR) foram cerca de seis óbitos por 100 mil habitantes, representando 1% do total de óbitos ocorridos naquele ano (FUNDAP/SP, 2012, p. 24).

Único de Saúde (SUS), apoiado pela Portaria nº 1.168/GM, de 15 de junho de 2004, que estabelece a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal e disciplinado pela Resolução nº 154/2004 – Estabelece o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Diálise, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que disciplina os procedimentos para a prestação do serviço em Nefrologia, e da Portaria nº 389, de 13 de março de 2014 que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.

Os gastos sociais e públicos com a DRC têm despertado a atenção dos governantes pelas implicações que esse grau da doença, gera aos cofres públicos, por ser um tratamento de alto custo e, por outro lado, tem sido visto pelas entidades filantrópicas e/ou privadas como uma das áreas mais lucrativas, daí a concentração da assistência aos DRC nesses serviços.

Segundo Sesso et al. (2014), a partir de Relatório do Censo SBN (2013):

Do total de 658 unidades com programa dialítico crônico, 334(50,8%) responderam ao Censo. Resultados: O número estimado de pacientes em diálise no Brasil em 2013 foi de 100.397 (42.629 em 2000, 92.091 em 2010). Para uma população em julho/2013, segundo o IBGE de 201,03 milhões de habitantes. Para aproximadamente 85% dos pacientes, o tratamento foi pago com recursos do SUS. (SESSO et. al., 2014 apud SBN, 2013, p. 1).

Como demonstrado acima, o quantitativo de pacientes que são acometidos pela DRCT tem sofrido um crescente aumento; em 2013, passamos de 100 mil habitantes com essa patologia, número bastante expressivo, tendo em vista o número de habitantes do Brasil que, segundo o IBGE, passa de 200 milhões. Para os que têm acesso ao sistema público de saúde nacional, esse sistema cobre 85% do tratamento.

Dados fornecidos por Schmidt et al. (2011, p. 61) demonstram que:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil, com 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. [...] os gastos com diálise renal aumentaram de aproximadamente R\$ 600 milhões (cerca de US\$ 340.000) em 2000 para R\$1,7 bilhão (cerca de US\$713 milhões) em 2009. (SCHMIDT et al., 2011, p.61 e p.70)

No Brasil, cerca de 20 mil novos pacientes, por ano, com IRCT – o que representa uma taxa de aproximadamente 104 pacientes por milhão de habitantes – iniciam tratamento dialítico (PROADESS, 2012).

A prevalência da hipertensão arterial, como doença de base, para as DRCT, em nível de 35%, conforme dados do DataSUS (2013), contribui para os problemas cardiovasculares, daí a incidência de maior quantitativo de óbito de pacientes com DRCT com essa patologia. Desse modo, os altos níveis de mortalidade e incidência da doença renal crônica vêm alarmando a comunidade científica internacional nas duas últimas décadas (Bastos et al., 2004. A prevenção é a maneira que obtém maior retorno na incidência de DRC, pois retarda o aparecimento da insuficiência renal e se reduz aos cuidados simples e básicos, como a atenção médica aos pacientes com diabetes, hipertensão arterial, e acompanhamento nas unidades básicas de saúde. “Essas iniciativas retardam a progressão da doença e são mais baratas que o tratamento da insuficiência renal” (NARDINO; KRUGGER, 2007, p. 1).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2014),

[...] atualmente, a DRC tem sido considerada um problema de saúde pública. Análise do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstrou que cerca de 1% a 3% da população adulta nos EUA apresenta algum grau de perda de função renal (8). Um importante estudo realizado na cidade de Bambuí, no estado de Minas Gerais, onde mais de 2 mil indivíduos foram avaliados, detectou -se alteração na creatinina sérica, um marcador de DRC, variando de 0,48% a 8,19%, sendo mais frequente em indivíduos idosos. Além da DCV, outro desfecho temido da DRC é a perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos desses pacientes para a DRC (BRASIL, 2014).

Conforme dados estatísticos do sistema do Ministério da Saúde/SUS DataSUS (2014), são credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) 1.024 Unidades de Diálise no Brasil.

Em Alagoas, 12 Unidades de Diálises são cadastradas no CNES (DataSUS), sendo 8 (oito) na capital; dessas 5 (cinco) têm a natureza de empresa privada (apenas uma não tem convênio com o SUS) e 2 (duas) são beneficentes sem fins lucrativos; 1 (uma) no serviço público, que atendem os pacientes com 100% verbas do SUS. No interior do Estado são cadastradas 4 (quatro) Unidades de Diálise, dessas 2 (duas) em Arapiraca, com natureza de empresas privadas; 1 (uma) em Palmeira dos Índios, com natureza de empresa privada; 1 (uma) em São Miguel dos Campos, com natureza de empresa beneficente sem fins lucrativos. E uma apenas a UNIRIM, que tem natureza privada e não recebe verbas do SUS (CNESNET. DATASUS. BRASIL, 2013).

No entanto, dessas 1.024 Unidades, de acordo com dados do CNES

DataSUS, apenas 658 Unidades ativas de Diálise são inscritas na SBN, apresentando um total estimado de pacientes em tratamento dialítico de 100.397 (cem mil, trezentos, noventa e sete pacientes) para uma população estimada em julho/13 pelo IBGE, 201.003.000 (duzentos e um milhões e três mil habitantes). Ressalta-se um dado importante, no que se refere à fonte pagadora: o SUS financia 84% do tratamento aos renais crônicos, sendo 16% vindos de outros convênios.

Dados do censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013) demonstram que em 2009 tínhamos 77.589 (setenta e sete mil, quinhentos e oitenta e nove pacientes) em tratamento dialítico, e em 2013, 100.397 (cem mil e trezentos e noventa e sete pacientes). Percebe-se o crescente aumento dos pacientes em falência funcional renal. Existe uma demanda reprimida que tem dificuldade de inserção nos serviços especializados de diálise em serviços públicos e, quando conseguem ser inseridos ao tratamento dialítico, o são, em sua maioria, em serviços privados, onde são ofertadas vagas para realizarem seus tratamentos, pagos pelo SUS de forma complementar, uma vez que a maioria das clínicas e hospitais particulares complementam a assistência aos DRC pelo SUS.

Conforme Siviero, Machado e Rodrigues (2013),

Os altos níveis de mortalidade e incidência da doença renal crônica vêm alarmando a comunidade científica internacional nas duas últimas décadas, (Bastos et al, 2004). A incidência e a prevalência da DRC têm aumentado progressivamente, a cada ano, no Brasil e em todo o mundo (SESSO; GORDAN 2007; BASTOS et al., 2011 apud SIVIERO; MACHADO; RODRIGUES, 2013, p. 8).

A atenção básica, que é de responsabilidade direta dos Municípios, deverá cuidar da promoção e prevenção das doenças. Notadamente, no caso específico na prevenção das DRC, deveria mobilizar a promoção de ações de orientação, informação e esclarecimentos das doenças de base, hipertensão arterial e diabetes, que se não diagnosticadas e assistidas, levam à DRC²⁶. Percebe-se a não

²⁶ Conforme dados pesquisados no DataSUS (2013) a prevalência de diabete melito por região no Brasil no período de 2012 cálculo por média ponderada é a seguinte: Região Sudeste temos 12,9% de pacientes com diabetes; Região Sul 12,5%; Região Nordeste temos 10,7%; Região Centro-Oeste 10,5% e a Região Norte, por sua vez, tem 8,4% de pacientes com Diabete Mito. Dados foram realizados fazendo uma média ponderada e tendo como referência o número de habitantes informados pelo IBGE da população brasileira. Observa-se percentuais altos de paciente com diabete, doença de base para DRC. Com relação à outra doença de base que poderá levar a DRC, a hipertensão arterial os dados não são diferentes. Realizada coleta por Região do Brasil, temos a Região Sudeste com 25,8 %; Região Sul 24,7%; Região Nordeste 23,9%; Região Centro-Oeste 24,10% e Região Norte 18,70, considerando tanto nos índices de diabete e hipertensão maiores de 18 anos e uma população estimada em 100.000,00 (cem) mil habitantes no Brasil.(DATASUS

prioridade de trabalho preventivo, contribuindo para as falências renais, e conseqüentemente para a necessidade de inserção desses pacientes em serviços de diálise. Diante disso, ressaltamos que na prática existe dificuldade, e muitas vezes ausência de articulação entre a Atenção Primária e a Média e Alta Complexidade.

De acordo com a SBN, por causa do diagnóstico tardio observa-se o crescente número de pacientes com DRC a cada ano, precisando de serviços de diálise. Ressalta-se que segundo dados da SBN (Censo 2013), a hipertensão arterial prevalece em 35% sobre as demais doenças de base que contribuem para o agravamento e perda da função renal.

A cada ano serviços privados são contratados e/ou conveniados para dar assistência de alta complexidade aos pacientes com DRC. Politicamente, o Estado opta por transferir verbas públicas para o setor privado, ao invés de investir em serviços públicos de saúde, notadamente nessa área estudada. Diante da relação entre a política e economia brasileira, percebe-se a total subordinação do Estado às exigências do econômico, às determinações dos organismos financeiros internacionais, que priorizam o lucro advindo da mercantilização da Saúde. O Estado cumpre sem nenhum constrangimento esse papel de atender aos objetivos do capital.

Vê-se a ampliação progressiva da rede privada credenciada ao SUS, como complementar desse sistema público. Há de se demonstrar esse processo complementar do privado ao público na atenção aos renais crônicos.

Configura-se uma explícita, intrínseca e contraditória relação existente entre a lógica do mundo capitalista e a política de saúde de atenção aos renais crônicos, que deveria ser baseada nas necessidades em saúde. O tratamento ofertado pelo SUS se concentra de forma complementar no setor privado, mas, com o crescimento do quantitativo, devemos ficar alerta para que o processo substitutivo do privado pelo público não chegue a acontecer (SANTOS, 2009, p. 1).

Conforme Behring (2000),

[...] Constata-se que a política social – que atende às necessidades do capital e, também, do trabalho, já que para muitos se trata de uma questão de sobrevivência – configura-se, no contexto da estagnação, como um terreno importante da luta de classes; da defesa de condições dignas de

existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista em termo do corte de recursos públicos para a reprodução da força de trabalho.

Vale ressaltar que, para muitos desses usuários, o acesso ao tratamento dialítico, mesmo de modo precário, é a única forma de sobreviverem e alcançarem uma qualidade de vida.

Documento oficial do MS (BRASIL, 2007), expõe a alta complexidade e apresenta a rede de atendimento pelo SUS no tratamento dialítico:

Serviço de nefrologia: de natureza estatal ou privada, vinculado ao SUS, que deverá fornecer consultas em nefrologia, além de todos os procedimentos de diálise, a s • Hemodiálise – HD, • Diálise Peritoneal – DP, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – DPAC, Diálise Peritoneal Automática-DPA, Diálise Peritoneal Intermitente – DPI. Para que um serviço de TRS seja economicamente viável, recomenda-se :contar, no mínimo, com 80 pacientes em programa;• não ultrapassar para segurança desses pacientes, a quantidade de 200 pacientes; na modalidade de hemodiálise, a abrangência de um determinado serviço será de 200.000 habitantes (segundo os parâmetros atuais, de 40 pacientes por 100.000 habitantes) (BRASIL, 2007, p.77).

Deve-se também seguir as exigências do MS no que se refere à unidade prestadora de assistência dialítica; portanto, o Centro de referência em Nefrologia será uma unidade hospitalar, certificada pelo MS e Ministério da Educação como hospital de ensino, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000/2004.

O gestor estadual tem autoridade para habilitar o centro de referência em diálise, e segue determinações e critérios estabelecidos pelo MS, quais sejam: base territorial de atuação definida; articulação e integração com o sistema local e regional; estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas estabelecidos; estrutura geral capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas.

Conforme documento oficial do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007), cada esfera da Federação tem suas responsabilidades na assistência aos renais crônicos pelo SUS, compondo a Alta Complexidade:

Responsabilidades das esferas de governo: FEDERAL: Definição das normas nacionais; incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS; definição de elenco de procedimentos, por complexidade; ESTADUAL: Formulação da política de alta complexidade/custo, Macro alocação de recursos orçamentários para cada área de alta complexidade, • Definição de prioridades de investimentos para garantia de acesso da população, otimizando a oferta de serviços; • Programação de assistência de alta complexidade no âmbito regional/estadual, considerando a alta densidade tecnológica e o alto custo, a economia de escala, a escassez de profissionais especializados e a

concentração de oferta em poucos municípios; Programação da referência de pacientes para outros estados; Coordenação do processo de garantia de acesso da população de referência intermunicipal; Definição dos limites financeiros municipais, com explicitação da parcela correspondente à população referida e referenciada; Coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade; • Controle e avaliação dos sistemas quanto a sua resolubilidade e acessibilidade. MUNICIPAL: Autorização para coleta por Região do Brasil, temos a Região Sudeste com 25,8 %; Região Sul 24,7%; Região Nordeste 23,9% ; Região Centro-Oeste 24,10% e Região Norte 18,70, considerando tanto nos índices de diabete e hipertensão maiores de 18 anos e uma população estimada em 100.000,00 (cem) mil habitantes no Brasil. (DATASUS, 2013).

Com relação aos credenciamentos de serviços filantrópicos e/ou privados para funcionar e oferecer seus serviços dialíticos aos renais crônicos, de forma complementar ao público pelo SUS, o gestor estadual deverá seguir algumas determinações e exigências legais:

Constatada a necessidade do serviço de acordo com os parâmetros nacionais, caberá a instrução de processo junto ao gestor municipal ou estadual, que exigirá visita in loco pelas equipes de vigilância sanitária, para preenchimento do roteiro de inspeção sanitária relacionado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p.78).

Em virtude do papel central dos governos estaduais na formalização dos contratos e/ou convênios entre o serviço privado e o público, para aquele complementar ao público na assistência aos renais crônicos, é importante destacar as ações que a Controladoria-Geral da União²⁷ elenca em relatório recente (BRASIL, 2013) sobre a formalização destes contratos:

Como resultado das fiscalizações realizadas nas Secretarias de Saúde selecionadas, foram identificadas falhas no processo de formação da rede credenciada de prestadores de serviços para execução de procedimentos de diálise, dentre as quais se destaca o elevado número de UPS que prestam serviços ao SUS sem instrumento de contrato ou convênio firmado com as respectivas Secretarias de Saúde (47 de 79 UPS fiscalizadas), o que resultou no pagamento do montante de R\$ 121.293.171,30 sem respaldo contratual no período analisado. Verificou-se também que 67 dos 79 prestadores de serviços de diálise avaliados não foram selecionados por meio do devido processo licitatório ou chamamento público. Foram observadas, ainda, deficiências na rotina de validação da produção informada pelos prestadores de serviços no tocante à verificação da documentação comprobatória da execução dos procedimentos de saúde,

²⁷ Compete à CGU assistir direta e imediatamente o Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos e providências que, no âmbito do Poder Executivo, sejam atinentes à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à correição, à prevenção e ao combate à corrupção, às atividades de ouvidoria e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública federal. Em atendimento ao disposto no art. 74 da Constituição Federal de 1988, à CGU competem realizações de controle com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas previstas no Plano Plurianual e a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União (BRASIL. Relatório CGU, 2013, p. 4).

bem como deficiências dos controles internos relacionados à gestão documental (BRASIL, 2013, p. 34).

A análise, fiscalização e controle efetuados pela CGU não abrangeram todas as secretarias estaduais do território nacional; é importante essa constatação nesse relatório de 2013, haja vista apresentar os descumprimentos das determinações legais mínimas dos Estados na relação com as unidades de diálises privadas, uma vez que são essas que têm oferecido grande parte dos serviços de diálise²⁸.

No que se refere aos descumprimentos das Secretarias de Saúde dos Estados, a CGU (BRASIL, 2013) ressalta no referido relatório:

Considerando que as unidades de saúde privadas respondem por grande parte dos serviços oferecidos aos pacientes dependentes de tratamento dialítico no âmbito do SUS, as impropriedades observadas impactam negativamente a execução da Ação de Governo em comento e demonstram as dificuldades relacionadas ao gerenciamento, por parte das Secretarias de Saúde, dos serviços oferecidos pelos estabelecimentos de saúde de natureza privada que atuam em caráter complementar ao SUS (BRASIL, 2013, p. 34-35).

Fica clara a complementaridade invertida no SUS, notadamente na assistência à saúde dos pacientes com DRC; percebe-se que na maioria das vezes, ou mesmo quase nunca, são ressaltadas e apontadas às dimensões econômicas e políticas da lucratividade com essa doença, na contemporaneidade da reprodução do capital. Maquiam-se os objetivos por trás da inserção desses pacientes, quando conseguem chegar aos serviços privados e/ou ditos filantrópicos. Quando se observa e constata o montante de verbas que são repassadas para o serviço privado, especificamente nos serviços de alta complexidade, como o do tratamento dialítico, TRS, pode-se esclarecer o objetivo premente do capitalismo: a exploração e obtenção do lucro, que vem da saúde, com a mercantilização dos serviços. Constata-se a lucratividade dos serviços de alta complexidade para o capital.

Essa análise nos remete, neste contexto da DRC, a maneira como são distribuídos os recursos públicos referentes ao tratamento dialítico, principalmente no que concerne às opções para oferta desse tratamento no serviço privado, que prioriza o interesse financeiro da assistência dialítica, tratando de desvendar o quantitativo de diálises realizadas e de transplantes renais, tanto no serviço privado

²⁸ O descumprimento dos preceitos legais, no que se refere à formalização dos contratos e ou convênios entre o serviço público (MS/SUS), não se constitui objeto de estudo deste trabalho científico. No entanto, deixamos a ressalva para que futuramente algum pesquisador possa aprofundá-lo e desvelá-lo. (nota da autora da dissertação)

como no público. Vejamos o que diz Coelho (1998, p. 3):

Sendo o transplante uma solução mais econômica, que permite uma boa sobrevida e uma qualidade de vida melhor do que a diálise, é a opção preferida tanto pelos especialistas como pelos pacientes²⁹. Paralelo ao fato de que Coelho (1998) analisando a questão do quantitativo maior de procedimentos de diálises em detrimento do tratamento através do transplante renal, para os pacientes com DRCT, afirma que os argumentos defendidos de que existem mais remuneração para o procedimento do transplante renal, falta de órgãos e etc. não [...] encontra um forte respaldo, fato é que a diálise, uma atividade controlada pelo setor privado, é remunerada de forma muito adequada do que o transplante, uma atividade desenvolvida pelo setor público³⁰.

Desse modo, tanto os pacientes quanto os médicos sanitários, as autoridades sanitárias e os cientistas sociais afirmam a existência de interesses privatistas relacionados ao tratamento dialítico em diálises, e esses interesses tem proporcionado a diminuição da atividade transplantadora³¹. No entanto, ao analisar essa contradição exclusivamente pelo lado de recursos financeiros, observa-se que, por exemplo, três sessões semanais de diálise têm valores bem inferiores ao valor pago por um transplante renal³². A questão merece uma análise mais aprofundada, pois envolve outros fatores que vão mais além do que valores pagos pelo SUS às modalidades de diálises quer seja a opção por hemodiálise ou transplante renal ;

²⁹ O perfil de distribuição de recursos entre o transplante e a diálise é, no entanto, cada vez desfavorável ao primeiro [...] Os médicos transplantadores têm argumentado que a insuficiente remuneração paga pelo SUS pelo transplante é o grande impedimento ao seu crescimento." Esse procedimento, muito mais complexo e seguramente mais trabalhoso para a equipe clínico-cirúrgica, é o que apresenta a menor relação entre honorário médico e custo procedimento..." (SESSO, 1987 apud COELHO, 1998, p. 3). No entanto, Coelho (1998) contra-argumenta e diz que o acentuado crescimento da atividade dialítica, quando comparado ao da atividade transplantadora, é interpretado como decorrente tanto da atuação dos interesses do setor privado ligado à diálise, quanto da falta de recursos financeiros hospitalares e de órgãos para viabilizar o transplante (COELHO, 1998, p. 4);

³⁰ Vale notar que um tratamento dialítico é remunerado em aproximadamente US\$ 15 mil ao ano, tanto pelo SUS como por um paciente que pague privadamente pelo procedimento; já um transplante é reembolsado em, no máximo, US\$ 10 mil pelo SUS (COELHO, 1998, p. 5). Em Alagoas, no ano de 2008, foram realizados 16 transplantes renais; em 2013, 22 transplantes renais, pagos pelo SUS. As unidades transplantadoras receberam do SUS, respectivamente, no ano de 2008: R\$ 267.908,45 e no ano de 2013: R\$ 534.843,59, sendo o Hospital CHAMA (Arapiraca), instituição privada, quem mais realizou transplante renal, tendo realizado em 2008, 12 transplantes renais e em 2013, 20 transplantes renais, tendo recebido pelas realizações dos transplantes renais o valor em 2008 de R\$ 198.881,25 e em 2013, R\$ 485.491,90 (DATASUS, SIH, 2014, acesso em 17.9.14)

³¹ Diante desse contexto, a Associação dos Pacientes Renais Crônicos assim afirma: "Efetivamente, um fator que impede o desenvolvimento da política de transplante renal no país é o interesse lucrativo em torno dos tratamentos dialíticos, majoritariamente controlados pela iniciativa privada" (APREC, 1990, apud COELHO, 1998, p. 5).

³² O procedimento Hemodiálise (máximo 3 sessões por semana) custa R\$ 103,17; o valor médio de um transplante fica em torno de R\$ 22.000,00. Já a comparação com a produção total para estes procedimentos, considerando o ano de 2013 em Alagoas ficou em R\$ 37.927.690,51 para Hemodiálise, contra R\$ 534.843,59 para os transplantes renais (DATASUS, SIH, 2014, acesso em 17.9.14).

podemos sugerir: falta de estrutura dos hospitais para realizar transplante, falta de profissionais médicos habilitados para realizar os transplantes e/ou equipes preparadas para encaminhar o transplante, institucionalização das comissões intra-hospitalares de captação de órgãos, capacitação de equipe multiprofissional para abordagem à famílias por ocasião dos óbitos hospitalares. Esclarecemos que essa questão sobre opção de modalidades torna-se mais evidente devido ao quantitativo de diálises pagas aos serviços privados pelo SUS e que vem sendo progressivamente aumentados, sem levar em consideração o valor custo benefício para o paciente e para o serviço público, caso se opte em realizar prioritariamente o transplante renal.

Com o intuito de demonstrar a complementaridade invertida na assistência aos renais crônicos, os dados a seguir apontarão, entre outros, os recursos financeiros repassados pelo Fundo Público da Saúde para os serviços de diálises filantrópico/privados em Alagoas e no Brasil. Complementaridade invertida que em consequência contribui para a progressiva privatização dos serviços de saúde, notadamente da alta complexidade em Nefrologia/diálise. Buscaremos o apoio em pesquisa de dados quantitativos que justificará a afirmação da complementaridade do público ao privado, demonstrando em números o montante de recursos públicos que são repassados para o setor privado, advindos do Fundo Nacional de Saúde, e viabilizados pelo SUS na compra dos serviços de diálise para os usuários renais crônicos, no caso os terminais.

3.2.2 A privatização na atenção aos renais crônicos em Alagoas e no Brasil: a complementaridade invertida

O processo investigativo deste trabalho científico tem como objetivo analisar a complementaridade invertida no SUS na atenção aos renais crônicos; para tanto, requer dados que possam demonstrar os repasses de recursos públicos do Fundo Nacional da Saúde para as unidades privadas e/ou filantrópicas que prestam assistência dialítica aos renais crônicos, através das diálises. O artigo 199, §1º, deixou bem claro o fator complementaridade do privado ao público, no caso específico estudado, na assistência aos renais crônicos.

A seção a seguir vai demonstrar como se apresenta esta complementaridade, e como a privatização se faz de modo progressivo, paga pelo

SUS aos serviços privados e/ou filantrópicos. As tabelas vão possibilitar a demonstração das hipóteses levantadas. Vale ressaltar que os dados foram colhidos em *sítes* oficiais do governo brasileiro.

As tabelas explicitam os valores públicos repassados para os serviços de diálise (público e privado).

Tabela 2 – Valores repassados pelo FNS para serviços públicos e privados para tratamento dialítico no Brasil. Valor Produzido x Repasses Realizados (por tipo de prestador) – Brasil

	Público			Privado		Valor Total Produzido	Valor Repassado
	Público Municipal	Público Estadual	Público Federal	Filantrópico	Privado		
2005	0,85	3,11	1,97	20,82	73,25	100,00	97,74
2006	0,86	3,07	1,96	20,91	73,20	100,00	96,70
2007	0,97	3,02	1,98	20,67	73,35	100,00	97,74
2008	1,00	2,82	1,82	21,11	73,24	100,00	98,18
2009	1,08	3,16	1,81	20,41	73,54	100,00	96,36
2010	1,20	3,31	1,59	20,12	73,78	100,00	96,79
2011	1,27	3,42	1,54	20,54	73,23	100,00	97,82
2012	1,02	3,31	1,42	9,94	84,31	100,00	100,11
2013	1,01	3,41	1,32	15,61	78,66	100,00	99,12

Fonte: DATASUS -- SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais); SAGE (Sala de Gestão em Saúde)

Nota: Os valores repassados correspondem às transferências do Fundo Nacional de Saúde por competência. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 31 mar. 2014.

Os dados da Tabela 2 se referem ao período de 2005 a 2013, onde são apresentados os recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Estado, que ficará encarregado de transferir mês a mês para as Unidades de Diálise de sua abrangência. Identificamos que no período de 2005 a 2013 os valores repassados para o tratamento dialítico no serviço público, abrangendo os níveis municipal, estadual e federal, em relação aos serviços privados (filantrópico e privado), foram bem menores.

Observando, aleatoriamente, por exemplo, no ano de 2007, o serviço privado e o filantrópico receberam 94,02% dos recursos repassados para o referido serviço. Já o serviço público recebeu um percentual de 5,97%, demonstrando a evidente assistência dialítica, paga pelo SUS, concentrada no setor privado/filantrópico.

Outro fator a ser ressaltado é que o percentual de recursos repassados ao serviço privado também é superior aos repassados para as entidades filantrópicas, contrariando dispositivo legal que determina que na complementaridade do privado ao público, deve-se dar prioridade às entidades filantrópicas. Quanto ao fator complementar, vimos, de forma explícita, que os dados demonstram que o FNS (SUS) tem repassado anualmente durante o período pesquisado, ou seja, de 2005 a 2013, valores que comprovam o fator complementar do público ao privado, confirmando a complementaridade invertida no Brasil no tratamento dialítico, concentrada em maior percentual no setor privado.

Tendo como referência a Tabela 2, observamos que os dados pesquisados demonstram em nível nacional os repasses efetuados durante o período de 2005 a 2013 para tratamento dialítico em renais crônicos em diálise, envolvendo desde a compra e alocação de equipamentos, pagamentos de diálises em serviços privados e ou filantrópicos. E comprovam o processo de complementaridade invertida e a consequente privatização progressiva do tratamento dialítico.

A Tabela 3 abaixo retrata os valores repassados pelo FPS para o tratamento dialítico em Alagoas.

Tabela 3 – Valor produzido x Repasses Realizados (Por tipo de prestador) - Alagoas

	Público			Privado		Valor Total Produzido	Valor Repassado
	Público Municipal	Público Estadual	Público Federal	Filantrópico	Privado		
2005			0,58	33,47	65,96	100,00	97,89
2006			0,50	29,36	70,14	100,00	93,34
2007			0,56	26,99	72,45	100,00	93,22
2008			0,71	24,08	75,21	100,00	97,08
2009			0,92	21,50	77,58	100,00	94,84
2010			0,78	21,28	77,94	100,01	95,48
2011			0,71	19,31	79,98	100,01	94,73
2012			0,68	8,26	91,06	100,00	
2013			1,28	15,00	83,71	100,00	

Fonte: DATASUS--SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais); SAGE (Sala de Gestão em Saúde). Disponível em: < site cness..datasus.gov.br>. Acesso em: 31 mar.2014.

Os dados da Tabela 3 demonstram os percentuais repassados para o serviço público em Alagoas, durante o período de 2005 a 2013, para tratamento dialítico em renais crônicos terminais, envolvendo desde a compra e alocação de equipamentos, pagamentos de diálises, apresentando também dados em relação aos serviços privados e/ou filantrópicos. Conforme Carneiro (2012), em Alagoas, desde o ano de 2007 até a presente data, encontramos apenas um único serviço público que oferece tratamento dialítico em diálise, sendo este da esfera federal, ofertando essa assistência 100% com verbas públicas do SUS.

O único serviço público na oferta de diálise em Alagoas, o CIN/HUPAA, iniciou suas atividades no 2º semestre do ano de 2007; à época funcionava com 3 (três) sessões por semana de 4(quatro) horas cada, num único turno(2ª, 4ª e 6ª das 7 às 11 h) e dispunha de apenas 7 poltronas, sendo 1(uma) para usuário com doença infectocontagiosa e 6(seis) para usuários sem risco de doenças dessa

origem. No ano de 2008, foi aberto mais um turno, no horário das 13 às 17 h, com sessões 3(três) vezes por semana com 04 (quatro) horas de duração, passando a funcionar o serviço de diálise do CIN/HUPAA com dois turnos: às segundas, quartas e sexta feiras, das 7 às 11h e das 13 às 17 horas.

No ano começo do ano 2011, foi iniciado outro turno, das 7 às 11h, às terças, quintas e sábados, com 4 horas por sessão de duração, e no final deste mesmo ano, foi aberto outro turno, das 13 às 17 horas, assistência dialítica que permanece até o momento. Vale ressaltar que este resgate histórico da dinâmica do CIN/HUPAA se faz necessário para entendermos as alterações dos repasses de recursos públicos do SUS para os anos de 2007/2008/2009/2012/2013 (CARNEIRO, 2012).

Alagoas, como se pode constatar, não se caracteriza diferentemente do quadro nacional. Temos bem claro que os percentuais de verbas repassadas pelo setor público para o privado, como, por exemplo, no ano de 2013, é bastante significativo (98,71%), e bem superiores ao serviço de diálise da unidade pública (federal) que, apresentou um percentual de 1,28% de valores repassados para o tratamento dialítico realizado com os renais crônicos. Confirma-se a complementaridade invertida, contrariando também o artigo 199, 1º, da CF. Mais uma vez também se observa que os percentuais das entidades privadas, que caracterizam os montantes de verbas repassadas do FNS (verba pública) para essas, são bem superiores aos das entidades filantrópicas sem fins lucrativos, contrariando as exigências legais da CF/88.

A Tabela 4 apresenta a nível nacional o quantitativo de todos os procedimentos realizados em Nefrologia.

Tabela 4 – Procedimentos nefrológicos realizados no período de 2005 a 2013

Quantidade de Procedimentos em Nefrologia por Tipo de Prestador - Brasil

	Público	% Cresc.	Privado	% Cresc.	Total Produzido	% Cresc.	Valor Repassado FNS	% Cresc.
2005	465.142	0%	8.469.064	0%	8.934.206	0%	1.130.137.700,08	0%
2006	504.808	9%	8.830.345	4%	9.335.153	4%	1.281.043.972,54	13%
2007	549.969	9%	9.235.614	5%	9.785.583	5%	1.360.427.110,66	6%
2008	545.467	-1%	9.823.232	6%	10.368.699	6%	1.474.986.905,34	8%
2009	615.688	13%	10.355.128	5%	10.970.816	6%	1.640.019.699,75	11%
2010	652.046	6%	10.819.883	4%	11.471.929	5%	1.749.201.267,07	7%
2011	705.541	8%	11.313.714	5%	12.019.255	5%	1.939.735.939,55	11%
2012	695.920	-1%	11.878.746	5%	12.574.666	5%	2.234.096.801,57	15%
2013	710.136	2%	12.300.538	4%	13.010.674	3%	2.406.263.559,54	8%

Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais).

Os dados da Tabela 4 demonstram o total de procedimentos em Nefrologia no serviço público e no serviço privado, realizados pelas 1.280 unidades de diálises cadastradas no Brasil. Os procedimentos realizados em Nefrologia (estudo dos RINS) nos serviços privados superam em valores repassados pelo FNS aos recursos transferidos para o setor público, ano a ano, demonstrando como o SUS tem financiado o setor privado em alta complexidade, especificamente na modalidade de tratamento dialítico: diálise. Esclarecemos que os procedimentos em Nefrologia envolvem desde a confecção de fístula, cateter à hemodiálise propriamente dita. Identificamos em valores de reais, quanto, por exemplo, em 2005 foi gasto pelo serviço público no Brasil em nefrologia: um total de R\$ 465.142 (quatrocentos e sessenta e cinco mil, cento e quarenta e dois reais); enquanto, no mesmo ano, o serviço privado recebeu do SUS R\$ 8.469.064 (oito milhões, quatrocentos e sessenta e nove mil sessenta e quatro reais). Em contrapartida, no ano de 2013, o serviço público recebeu R\$ 710.136,00 (setecentos e dez mil, cento e trinta e seis reais) e o setor privado recebeu um total de R\$ 12.300.538,00 (doze milhões trezentos mil e quinhentos e trinta e oito reais). Mais uma vez, os dados vêm confirmar a diferença nos valores de modo significativo. Os valores repassados atestam quanto o serviço público tem transferido para o serviço privado em detrimento do serviço público de saúde no tratamento dialítico. Quando se observa e constata o montante de verbas que são repassadas para o serviço privado, especificamente, nos serviços de alta complexidade, como o do tratamento dialítico, TRS, pode-se esclarecer o objetivo premente do capitalismo: a exploração e obtenção do lucro, que vem da saúde, com a mercantilização dos serviços. Constata-se a lucratividade dos serviços de alta complexidade, especificamente em diálise, para o capital.

A Tabela 5 revela o quantitativo de todos os procedimentos em Nefrologia em Alagoas.

Tabela 5- Procedimentos em Nefrologia por Tipo de Prestador – Alagoas

	Público	% Cresc	Privado	% Cresc	Total Produzido	% Cresc	Valor Repassado FNS	% Cresc
2005	94	0%	113.242	0%	113.336	0%	13.576.767,42	0%
2006	82	-13%	126.835	12%	126.917	12%	15.930.940,82	17%
2007	425	418%	139.656	10%	140.081	10%	17.487.993,26	10%
2008	1.149	170%	148.770	7%	149.919	7%	20.288.836,34	16%
2009	1.581	38%	166.489	12%	168.070	12%	21.851.888,04	8%
2010	1.376	-13%	172.337	4%	173.713	3%	24.656.021,35	13%
2011	1.091	-21%	184.248	7%	185.339	7%	27.484.734,46	11%
2012	1.384	27%	198.093	8%	199.477	8%	32.748.127,58	19%
2013	2.803	103%	209.471	6%	212.274	6%	35.971.595,66	10%

Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais). Disponível em: <cnnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2014.

A Tabela 5 expõe informações específicas de Alagoas, que, apresentam dispõe de 12 (doze) unidades de diálises, 11(onze) conveniadas e/ou contratadas pelo SUS: privadas, pública e filantrópicas que realizam diálises. O cenário alagoano em tratamento dialítico, na assistência aos pacientes renais crônicos em diálise não diverge da realidade nacional nessa área específica. A unidade de diálise do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA), denominada Centro Integrado de Nefrologia (CIN), por sua natureza pública, proporciona 100% de assistência dialítica pelo SUS, tendo apenas uma porta de entrada. Trata-se de serviço público - federal. Destacamos que, devido à criação e implantação do serviço de diálise (CIN/HUPAA) ter iniciado suas atividades ao final do ano de 2007, justifica-se o quantitativo mínimo de procedimentos realizados entre o ano de 2006 e 2007 com percentual significativo de crescimento, em relação aos anos subsequentes; enquanto os serviços privados (filantrópicos e privados) mantiveram percentuais altíssimos de procedimentos realizados, desde o ano de 2005, o que revela quanto é gasto e pago pelo Estado com verbas públicas para os procedimentos realizados no serviço privado no tratamento dialítico, que envolvem vários procedimentos antes, durante e após a diálise com os renais crônicos terminais. Ressaltamos que só, a título de comparação, no ano de 2013 o serviço público em Alagoas, o (CIN) do HUPAA, realizou apenas 2.803 procedimentos nefrológicos em comparação aos 209.471 procedimentos realizadas pelos serviços privados. É imensa a diferença entre os dois serviços (público e privado) na oferta de procedimentos aos renais crônicos terminais.

A Tabela 6 apresenta o quantitativo de sessões realizadas em três sessões

semanais, pelos pacientes renais crônicos em diálise nos serviços públicos e privados no Brasil e em Alagoas.

Tabela 6 – Quantidade realizada aprovada do procedimento Hemodiálise (Máximo 3 sessões por semana) período 2005 a 2013

	Brasil			Alagoas		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
2005	408.495	8.033.706	8.442.201	0	107.178	107.178
2006	445.569	8.378.625	8.824.194	0	120.606	120.606
2007	488.047	8.771.501	9.259.548	311	132.353	132.664
2008	489.158	9.339.781	9.828.939	1.023	140.759	141.782
2009	552.609	9.836.968	10.389.577	1.501	157.478	158.979
2010	583.145	10.284.533	10.867.678	1.362	163.783	165.145
2011	636.524	10.729.023	11.365.547	1.058	174.695	175.753
2012	637.116	11.238.555	11.875.671	1.330	188.073	189.403
2013	649.081	11.646.300	12.295.381	2.721	198.713	201.434

Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais). Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 31 mar. 2014.

Na Tabela 6 observa-se que o setor público no Brasil apresentou um quantitativo de assistência dialítica crescente, isto é, de 2005 a 2013 se manteve no intervalo de 408.495 a 649.081 (diálises/semanais) por ano, não apresentando grandes oscilações, demonstrando que não houve expansão que se aproximasse do número de diálises ofertadas e realizadas no serviço privado, uma vez que no ano de 2005 realizou 8.033.706 diálises, quantitativo muito superior ao serviço público. Em comparação, no ano de 2013 o serviço privado realizou 11.646.300 diálises e, portanto, superou o serviço público em tratamento dialítico, que naquele ano realizou 649.081 diálises. Do total em 2013 de diálises, aproximadamente 95% são ofertadas nos serviços privados financiados pelo Fundo Público de Saúde. Não se percebe o interesse pela expansão dos serviços públicos de tratamento dialítico em todo o Brasil; em contrapartida, cresce o fator complementar dos serviços privados ofertados pelo SUS, vale frisar, pagos por esse, aos serviços de diálises privados /filantrópicos.

Em Alagoas, CIN/HUPAA, apesar do serviço público em diálise, segundo registro, ter sido inaugurado em agosto/2003, no entanto o tratamento dialítico não é ofertado no período de 2005 a 2006. Isso significa que durante vários anos anteriores a 2005 não era ofertado serviço público de diálise em Alagoas e, conseqüentemente, só havia assistência dialítica em serviços privados e/ou filantrópicos. Os pacientes do SUS no período entre 1990 e 2005 ou os que eram

vinculados à Previdência tentavam ser inseridos em serviços privados, credenciados, ou procuravam alternativas fora do Estado através do Tratamento Fora do Domicílio (TFD)³³. Os que não tinham acesso a esse benefício social vinham a óbito. O único serviço público, em Alagoas, como dito anteriormente foi inaugurado em 2003, ano 2007, podemos constatar que ocorreram 311 diálises nesse ano. Em 2008 observamos um aumento substancial no quantitativo de diálises ofertadas em razão da abertura do serviço em janeiro/2007 do Centro Integrado de Nefrologia/CIN do HUPAA, chegando a 1.023 diálises.

Percebemos que sucessivamente, nos os anos posteriores a 2008 no CIN/HUPAA, apresentou-se um crescente aumento de diálises ofertadas, em virtude da abertura de outros turnos de assistência dialítica, ou seja: em 2008 um turno aberto, em 2011 dois turnos, culminando com o ano de 2013, que ofertou 2.721 diálises. O CIN/HUPAA no ano de 2013 possui, ainda, seis poltronas, apenas, de diálise em pacientes sem doença infectocontagiosa, uma para pacientes renais crônicos terminais com algum tipo de patologia infectocontagiosa; portanto, no serviço público para tratamento dialítico em Alagoas, 100% SUS, existem apenas sete poltronas para atendimento, um número bastante restrito para um porte de Hospital Universitário.

Nos anos de 2005 e 2006 em Alagoas, o setor privado detinha 100% do atendimento em diálise, considerando a não existência do serviço público neste atendimento. A partir de 2007 podemos realizar comparações, e já que nesse ano identificamos um número bastante significativo de diálises realizadas no setor privado, em detrimento da assistência no serviço público, com percentuais se aproximando da casa dos 100%, realidade não diferente do cenário nacional. Isso comprova a concentração da assistência dialítica no serviço privado, sendo financiada pelo Fundo Público, numa total complementaridade invertida, ou seja, o

³³ Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, é o instrumento legal que viabiliza o encaminhamento de pacientes portadores de doenças não tratáveis em seu município/estado de origem a outros municípios/estados que realizem o tratamento necessário [...] O TFD pode ser intermunicipal ou interestadual, e o Programa de TFD da SES/RJ destina-se exclusivamente ao deslocamento INTERESTADUAL, dos cidadãos residentes no estado do Rio de Janeiro, para tratamento em outros estados da Federação. Quanto aos deslocamentos INTERMUNICIPAIS, cabe ao respectivo gestor municipal de saúde oferecer meios para o deslocamento dos seus munícipes. Legislação que ampara o TFD, Tratamento fora do domicílio, artigo 197 e 198 da Constituição Federal de artigo 197 e 198 da Constituição Federal d1988; Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, disciplinada pela Portaria Federal nº 055, de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde(CF/1988, MS/1999)

público com um quantitativo de atendimento bem inferior ao privado.

A Tabela 7 apresenta o quantitativo de Procedimentos de Nefrologia* em Alagoas por Instituição.

Tabela 7 – Relação nominal das Unidades de Diálise em Alagoas

Quantidade de Procedimentos de Nefrologia Realizados (Aprovados) em Alagoas por Estabelecimento de Saúde										
CNES	ESTABELECIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2006197	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	94	82	425	1.149	1.581	1.376	1.091	1.387	2.803
2007037	Santa Casa de Maceió	17.950	16.989	17.249	17.227	17.969	18.676	18.121	18.165	17.761
2006448	Hospital do Açúcar	20.917	20.314	20.849	19.148	18.366	18.534	17.658	14.224	16.218
2010151	Santa Casa de São Miguel dos Campos	0	0	0	0	0	0	0	0	5.792
2006421	Hospital Ortopédico de Maceió	6.412	7.331	7.757	7.326	8.939	10.228	11.780	14.040	11.836
2006952	Clínica de Doenças Renais	20.797	20.278	22.676	22.263	23.957	22.559	27.586	34.254	38.982
2006960	CENEFROM (Hospital Vida)	12.815	19.271	25.410	33.004	39.900	41.645	42.766	46.191	44.543
2004976	Hospital Afra Barbosa	8.552	12.013	10.793	10.010	10.693	12.785	13.800	15.356	15.511
2005417	CHAMA	16.911	20.650	23.532	27.708	31.362	31.794	34.753	38.189	42.649
2010607	NHEPHRON II	3.426	4.232	4.154	4.026	4.977	4.444	4.335	3.989	767
2010615	Clínica de Doenças Renais - Hospital Santa Rita	5.462	5.757	7.236	8.058	10.326	11.672	13.449	13.698	15.412
TOTAL DE PROCEDIMENTOS APROVADOS		113.336	126.917	140.081	149.919	168.070	173.713	185.339	199.493	212.274
Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)										

Disponível em: DATASUS--SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais); SAGE (Sala de Gestão em Saúde).

Disponível em: < site cness..datasus.gov.br>. Acesso em: 31 mar.2014.

Nota: Envolvem todos os procedimentos nefrológicos(antes, durante e pós- diálises)

A Tabela 7 apresenta nominalmente as Unidades de diálises de Alagoas, com seus respectivos quantitativos de procedimentos do tratamento dialítico realizados pelos pacientes com DRCT. Destacamos que a unidade de serviço dialítico do município de São Miguel dos Campos, com natureza jurídica de instituição beneficente sem fins lucrativos, iniciou suas atividades em fevereiro de 2013, sendo habilitada para realizar procedimentos em Nefrologia, o que justifica, a ausência de dados sobre ela no período de 2005 a 2012 e o número reduzido no ano de 2013, de 5.972 procedimentos. Assim como o Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, de natureza jurídica pública federal, que durante os anos de 2005 e 2006 apresentou um quantitativo ínfimo em relação aos outros serviços de diálises do Estado de Alagoas, visto que ainda não tinha sido habilitado para oferta de diálises. As instituições, tais como: Hospital CHAMA, Hospital Afra Barbosa (ambos no município de Arapiraca/AL); Hospital Vida(antigo CENEFRON), Clínica de Doenças Renais, Hospital Ortopédico, (no município de Maceió) e Clínica de Doenças Renais do Hospital Santa Rita, (no município de Palmeira dos Índios/AL)têm natureza de empresas privadas e ofertam serviços de diálises pagos pelo SUS; enquanto a Santa Casa de Misericórdia de Maceió e o Hospital do Açúcar têm natureza de entidades beneficentes sem fins lucrativos, também conveniadas pelo SUS. Se observarmos o quantitativo de procedimentos das empresas privadas, no ano de 2005, nota-se um imenso quantitativo, ou seja: um total de 74.375 procedimentos; em comparação, no ano 2013 as empresas privadas realizaram 169.700 procedimentos.

Mais uma vez a questão da complementaridade invertida se faz presente. Ressalta-se o fator da contrariedade ao dispositivo constitucional que determina a preferência pelas instituições filantrópicas. Constata-se que as filantrópicas em 2005 ofertaram 38.867 procedimentos nefrológicos, e em 2013, um total de 39.771 procedimentos nefrológicos. Percebemos que no período de 2005 a 2013 não houve alteração significativa no número de procedimentos, consequência do aumento dos procedimentos realizados pelo serviço privado.

Tabela 8 – Total de recursos repassados pelo SUS para as Instituições que realizam procedimentos em Nefrologia em Alagoas, no período de 2005 a 2013.

Valor Aprovado dos Procedimentos de Nefrologia Realizados em Alagoas por Estabelecimento de Saúde										
CNES	ESTABELECIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2006197	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	80.139	85.431	76.883	145.194	223.674	202.536	166.058	228.729	486.778
2007037	Santa Casa de Maceió	2.163.021	2.346.707	2.343.982	2.371.672	2.590.980	2.798.290	2.881.417	3.083.194	3.222.854
2006448	Hospital do Açúcar	2.478.360	2.663.900	2.718.808	2.553.129	2.648.513	2.697.571	2.722.117	2.376.586	2.820.468
2010151	Santa Casa de São Miguel dos Campos	0	0	0	0	0	0	0	0	1.015.346
2006421	Hospital Ortopédico de Maceió	744.322	946.719	1.008.390	962.742	1.252.345	1.439.040	1.758.267	2.297.263	2.054.271
2006952	Clínica de Doenças Renais	2.795.369	2.869.709	3.174.162	3.244.144	3.608.356	3.492.236	4.500.312	6.011.533	7.219.905
2006960	CENEFROM (Hospital Vida)	1.514.640	2.517.865	3.383.835	4.417.074	5.686.829	6.093.525	6.573.914	7.690.891	7.772.573
2004976	Hospital Afra Barbosa	1.002.334	1.558.196	1.442.994	1.347.185	1.551.056	1.889.262	2.102.237	2.546.812	2.743.858
2005417	CHAMA	2.052.606	2.781.454	3.159.431	3.828.144	4.651.837	4.885.927	5.591.664	6.566.715	7.769.204
2010607	NHEPHRON II	405.871	551.743	541.205	536.494	716.168	648.759	670.447	666.472	133.048
2010615	Clínica de Doenças Renais - Hospital Santa Rita	632.525	745.680	911.021	1.045.140	1.434.993	1.677.433	2.046.196	2.267.909	2.689.383
TOTAL DE PROCEDIMENTOS APROVADOS		13.869.186	17.067.404	18.760.712	20.450.917	24.364.750	25.824.580	29.012.630	33.736.105	37.927.689,51
Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)										

Disponível em: < site cness.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 set 2014.

A Tabela 8 apresenta os valores repassados. As dessa maneira as Instituições de naturezas privadas em Alagoas se destacam nos volumes de recursos públicos recebidos pelo SUS, em virtude dos procedimentos realizados em Nefrologia. No ano de 2005 o montante repassado totalizou R\$ 9.147.666,00 (nove milhões, cento e quarenta e sete mil, seiscentos e sessenta e seis reais); as filantrópicas receberam R\$ 4.641.381,00 (quatro milhões, seiscentos e quarenta e um mil , trezentos e oitenta e um reais), e o HUPAA, como instituição pública, recebeu R\$ 80.139,00 (oitenta mil, cento e trinta e nove reais). Ressaltamos que não havia serviço de diálise no HUPAA implantado nesse ano. Comparativamente, em 2013, as sete instituições privadas (que recebem renais crônicos pelo SUS) em Alagoas, que realizam procedimentos em Nefrologia e incluindo diálise, receberam de recursos públicos do SUS no valor de R\$ 30.382.242,00 (trinta milhões, trezentos e, oitenta e dois mil, duzentos e quarenta e dois) reais, enquanto para as filantrópicas foram repassados pelo SUS R\$ 6.058.668 (seis milhões, cinquenta e oito mil, seiscentos e sessenta e oito reais). O HUPAA recebeu em 2013 apenas R\$ 486.778 (quatrocentos e oitenta e seis mil, setecentos e setenta e oito reais) pela oferta de procedimentos nefrológicos. Portanto, os números demonstram o quanto os serviços privados que oferecem procedimentos em Nefrologia têm recebido e se beneficiados dos recursos públicos advindos do Fundo Público, via SUS. Caracteriza a privatização por dentro do SUS em Alagoas e contrariando também o que preceitua o artigo 199 § 1º que deverá dar às entidades filantrópicas prioridade na complementaridade ao setor público. No entanto, o que se observa é que o montante repassado para as instituições de natureza privada superam e muito aos das filantrópicas. Em relação ao serviço público, claramente vimos que o valor recebido pelo SUS é infinitamente menor do que as demais, não restando dúvidas quanto à complementaridade invertida e à privatização progressiva do tratamento dialítico em Alagoas.

Tabela 9 – Quantitativo de procedimentos em diálise em Alagoas por Instituições, destacando as sessões ofertadas em hemodiálises nos serviços privados, filantrópicos e público (2005 a 2013).

Quantidade Realizada (Aprovada) do procedimento Hemodiálise (Máximo 3 sessões por semana) em Alagoas por Estabelecimento de Saúde										
CNES	ESTABELECIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2006197	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	0	0	311	1.023	1.501	1.362	1.058	1.333	2.721
2007037	Santa Casa de Maceió	17.008	15.918	16.072	16.239	17.025	17.861	17.352	17.284	17.013
2006448	Hospital do Açúcar	20.199	19.737	20.348	18.962	18.247	18.137	17.362	14.019	15.375
2010151	Santa Casa de São Miguel dos Campos	0	0	0	0	0	0	0	0	5.394
2006421	Hospital Ortopédico de Maceió	6.210	7.102	7.584	7.072	8.349	9.314	10.994	13.287	11.330
2006952	Clínica de Doenças Renais	18.379	18.507	20.923	20.686	22.821	21.611	26.345	32.882	37.122
2006960	CENEFROM (Hospital Vida)	12.098	17.977	23.290	29.896	36.160	38.464	39.308	42.493	40.979
2004976	Hospital Afra Barbosa	8.384	11.850	10.621	9.734	10.550	12.485	13.266	14.596	15.169
2005417	CHAMA	16.289	19.948	22.724	26.626	29.803	30.408	32.850	36.421	40.931
2010607	NHEPHRON II	3.416	4.173	4.117	4.007	4.948	4.411	4.314	3.974	762
2010615	Clínica de Doenças Renais - Hospital Santa Rita	5.195	5.394	6.674	7.537	9.575	11.092	12.904	13.130	14.638
TOTAL DE PROCEDIMENTOS APROVADOS		107.178	120.606	132.664	141.782	158.979	165.145	175.753	189.419	201.434
Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)										

Disponível em: < site cness.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 set 2014..

Realizando o estudo comparativo das ofertas em hemodiálises pelas Instituições e destacando a sua natureza jurídica, observamos que as instituições privadas, compostas pelo Hospital Ortopédico, a Clínica de Doenças Renais, CENEFRON, Hospital Afra Barbosa, Hospital CHAMA, NHEPHRON II e Clínica de Doenças Renais do Hospital Santa Rita realizaram em 2005: 69.971 sessões de diálises; enquanto as entidades filantrópicas, compostas pela Santa Casa de Misericórdia de Maceió, Hospital do Açúcar, nesse mesmo ano (2005), ofertaram pelo SUS 37.207 sessões de diálise; Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos/AL, entidade filantrópica, e o HUPAA, como único serviço público, não ofereciam serviços de diálise habilitados, portanto não realizavam diálises. Em comparação, no ano de 2013, as entidades privadas citadas na Tabela 9 realizaram 160.931 diálises e as entidades filantrópicas ofertaram 37.782 diálises, o HUPAA 2.721 diálises. As ofertas de diálises, quando comparadas entre as unidades de diálises, por natureza jurídica, demonstram a concentração maior na realização de hemodiálises nas instituições privadas, haja vista, o grande quantitativo de ofertas aos pacientes renais crônicos terminais desse serviço. Observamos que algumas dessas instituições privadas tiveram ano a ano, no período pesquisado, um crescimento na oferta de serviço de saúde dessa especificidade. Destacamos à guisa de comparação : o Hospital CHAMA e o Hospital Vida, antigo CENEFRON, tiveram aumento substancial na realização de diálises, vale ressaltar, todas pagas pelo SUS.

Tabela 10 – Valores repassados pelo SUS às Unidades de Diálises Privadas, Pública e Filantrópicas de Alagoas, na oferta de diálises (2005 a 2013).

Valor Aprovado do procedimento Hemodiálise (Máximo 3 sessões por semana) em Alagoas por Estabelecimento de Saúde

CNES	ESTABELECIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
2006197	Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	0	0	40.589	137.793	216.399	200.172	163.990	226.486	483.328
2007037	Santa Casa de Maceió	2.006.366	2.077.458	2.097.557	2.165.041	2.454.494	2.623.896	2.689.560	2.901.197	3.022.678
2006448	Hospital do Açúcar	2.383.981	2.575.876	2.655.617	2.526.978	2.630.670	2.664.337	2.691.110	2.350.002	2.732.873
2010151	Santa Casa de São Miguel dos Campos	0	0	0	0	0	0	0	0	965.688
2006421	Hospital Ortopédico de Maceió	734.537	926.882	989.788	945.252	1.203.675	1.367.903	1.704.070	2.232.682	2.008.757
2006952	Clínica de Doenças Renais	2.175.817	2.415.349	2.730.661	2.759.889	3.290.104	3.175.559	4.083.475	5.528.106	6.596.017
2006960	CENEFROM (Hospital Vida)	1.435.496	2.346.178	3.039.578	3.996.916	5.213.187	5.653.644	6.092.740	7.141.687	7.276.982
2004976	Hospital Afra Barbosa	993.114	1.546.543	1.386.147	1.301.722	1.520.993	1.834.900	2.056.230	2.451.790	2.694.978
2005417	CHAMA	1.925.011	2.603.413	2.965.709	3.556.419	4.296.650	4.473.063	5.091.750	6.122.919	7.273.012
2010607	NHEPHRON II	404.973	544.618	537.310	534.730	713.353	644.977	668.670	665.524	132.719
2010615	Clínica de Doenças Renais - Hospital Santa Rita	616.383	703.971	871.024	1.007.617	1.380.428	1.632.338	2.000.120	2.206.131	2.601.926
TOTAL DE PROCEDIMENTOS APROVADOS		12.675.678	15.740.289	17.313.979	18.932.356	22.919.954	24.270.789	27.241.715	31.826.522	35.788.959

Fonte: DATASUS - SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)

Disponível em: < site cness.datasus.gov.br>. Acesso em: 8 set. 2014.

A Tabela 10 apresenta as instituições privadas em Alagoas: Hospital Ortopédico, Clínica de Doenças Renais, CENEFRON, Hospital Afra Barbosa, CHAMA, NHEPHRON II e Clínica de Doenças Renais-Hospital Santa Rita receberam do SUS, pelos serviços prestados em hemodiálise, durante o ano de 2005, o montante de R\$ 8.285.331,00 (oito milhões, duzentos e oitenta e cinco mil, trezentos e trinta e um reais), enquanto as instituições filantrópicas Santa Casa de Misericórdia de Maceió e Hospital do Açúcar receberam pela realização das diálises, nesse mesmo ano, o valor de R\$ 4.390.347,00 (quatro milhões, trezentos e noventa mil, trezentos, quarenta e sete reais). Ressaltamos que a instituição filantrópica Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos e o serviço de diálise público: Centro Integrado de Nefrologia/CIN do HUPAA não receberam recursos porque ainda não estavam habilitados para realizar diálises. Em comparação, no ano de 2013, o CIN/HUPAA recebeu o valor de R\$ 483.328,00 (quatrocentos e oitenta e três mil, trezentos e vinte e oito reais) pelas diálises realizadas e aprovadas pelo SUS; as 7(sete) instituições privadas, acima citadas, em Alagoas, receberam ao todo o valor de R\$ 28.584.291,00 (vinte e oito milhões, quinhentos, oitenta e quatro mil, duzentos e noventa e um reais), as 3(três) instituições filantrópicas em Alagoas, acima citadas, receberam, em 2013, pelos serviços de hemodiálises o valor de R\$ 6.721.239,00 (seis milhões, setecentos e vinte e um mil, duzentos e trinta e nove reais). Os valores de recursos públicos repassados pelo SUS para as 10 (dez) instituições privadas e filantrópicas em Alagoas demonstram a inversão da complementaridade do privado ao público, ou seja, os recursos do Fundo Público atendem aos serviços não públicos num montante diversas vezes superior ao público. Ressalta-se o processo privatizante da saúde, em especial da alta complexidade, vem desde a década de 1970, com os credenciamentos e compra de serviços de diálises pelo antigo INAMPS.

Os dados coletados e apresentados nas Tabelas acima nos revelam e descortinam a inversão do fator complementar e proporcionam a privatização por dentro do SUS, dificultando ou inviabilizando a estatização dos serviços de diálises a nível nacional e a nível local, impedindo a ampliação do serviço de diálise público existente e inviabilizando a abertura e habilitação de serviço público nas esferas municipais e estaduais. Os valores apresentados, nessa tabela 10, repassados para os serviços de diálises de naturezas privadas e filantrópicas, apontam para a progressiva privatização e a complementaridade invertida no atendimento aos renais crônicos em diálise.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto brasileiro desde a década de 1930, com o processo de industrialização, exigia a redefinição do papel do Estado e a adoção das políticas sociais como respostas às expressões da questão social. Esta se apresentava como política de saúde que se organizava entre dois polos: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. Nessa época, se priorizavam as ações pontuais de cunho sanitário, que a partir aos finais dos anos 1945 já demonstravam que não conseguiram o seu objetivo, haja vista os grandes quadros de doenças infectocontagiosas e parasitárias que contribuíram para o aumento substancial dos índices de mortalidade da população em geral (BRAVO, 2009, p. 92).

O outro subsetor da saúde, a da medicina previdenciária, com sua assistência individual curativa e de cunho hospitalar, já nos anos de 1950, apresentava vinculação com o setor privado. “Nessa época, as corporações médicas articuladas e com objetivos estritamente capitalistas se organizavam e faziam pressões para que o Estado assumisse seu financiamento, numa configuração do processo de privatização em curso” (BRAVO, 2009). No entanto, só em meados da década de 1960, com o golpe militar de 1964, período em que a questão social foi tratada pelo Estado “num binômio repressão- assistência”, a política da assistência tomou o contorno de manutenção da centralização do poder e atenuação dos conflitos, servindo de meio para promover a acumulação do capital. Em 1966, com a unificação da Previdência Social aos IAPs concretizou-se a intervenção do Estado na sociedade civil e a exclusão dos trabalhadores da gestão da Previdência, destinando-se a estes apenas o papel de financiadores do sistema previdenciário.

No período do regime militar no Brasil, conforme Bravo (2009), “a medicalização da vida social foi imposta tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com incorporações de tecnologias internacionais”. A partir de 1966 a medicina previdenciária cresceu, com ações curativas direcionadas pelo setor privado, em meio ao processo burocrático; ou seja, o trabalhador formalmente empregado, contribuinte e que tinha condições de pagar pelo serviço de saúde se diferenciava do restante da população sem recursos. E, no caso específico do serviço de saúde em alta complexidade, em diálise, a Previdência Social, através dos

credenciamentos com serviços privados, comprava os serviços de diálises, de maneira que, historicamente há bastante tempo, já ocorriam os repasses de verbas pelo serviço público ao privado. “A lógica do favorecimento do setor privado a assistência médica através da política previdenciária prevalece de forma explícita até os anos de 1980” (COHN et al., 2005, p. 17)

De acordo com Correia (2013), “as raízes da privatização³⁴ da saúde estão, historicamente, determinadas pelos interesses do capital na área de saúde, em usá-la como mercadoria e fonte de lucro” (CORREIA; SANTOS, 2013, p. 1).

Observamos neste estudo que o processo de privatização e da complementaridade do privado ao público não constitui algo novo; interesses capitalistas permeiam a política de saúde brasileira desde as primeiras décadas do século XX. Porém, ao longo do processo histórico brasileiro, as várias crises do capital levam a uma redefinição do papel do Estado, para atender aos interesses desse sistema, de forma que sejam sempre preservados seus lucros. É o que vem ocorrendo com o tratamento dialítico a esses pacientes especificamente, que se encontram inseridos nos serviços de diálises privados e/ou filantrópicos, e são financiados pelo setor público, via SUS. A complementaridade invertida e a privatização via setor público, a serviço do capital, é um processo que vem se desencadeando há décadas. A história nos aponta, e os dados pesquisados nesta dissertação atestam que há interesse do capital nos serviços de saúde. Desse modo, a saúde é mercantilizada e considerada mercadoria, com garantia de extração de lucros, portanto, permeada de todo o processo de produção e reprodução do capital.

A política de atenção aos renais crônicos no Brasil vem sofrendo ingerências de acordo com as circunstâncias políticas e econômicas impostas ao país. Convivemos, no tratamento dialítico em DRC, com uma dualidade histórica: ao mesmo tempo em que surge e se institucionaliza a legislação pertinente que a considera questão de saúde pública, notadamente pelo índice crescente epidemiológico, convive-se com o interesse meramente econômico.

³⁴ Em plena ditadura militar, contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro, situa-se o alinhamento da saúde aos interesses do capital por dentro do setor previdenciário, através da implementação de um complexo médico-industrial, que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e através da compra de serviços médicos privados, a qual proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas (BRAVO, 2011 apud CORREIA, 2012, p.1).

Ao Estado cabe a responsabilidade de executar políticas e ações efetivas de controle da doença, em todos os níveis (atenção básica, média e alta complexidade), como também de empreender esforços para a necessária ampliação dos serviços públicos de diálises e o conseqüente repasse de verbas públicas aos serviços públicos, em detrimento dos repasses para os setores privados. Observamos o convívio com os interesses capitalistas, que despertou os mais variados interesses mercantilistas, dada a complexidade e o alto custo decorrentes do tratamento dialítico. Os serviços de diálise privados e/ou filantrópicos, as indústrias de medicamentos e de equipamentos hospitalares veem no tratamento dialítico um serviço que proporciona uma fonte inesgotável de lucro. O tratamento dialítico, na modalidade hemodiálise, perpassa pela ordem econômico-financeira, pelos interesses e pelos ajustes à ordem econômica mundial, na qual há a predominância dos interesses privados em detrimento dos interesses coletivos.

A partir da década de 1990, e mais especificamente, após mais uma crise capitalista, com a ofensiva do processo neoliberal, o Estado, mais uma vez, cumpre sua função social dentro do sistema capitalista; orientado pelos organismos financeiros internacionais, intervém e lança suas ações sobre o social, desestruturando as políticas sociais, de sorte que essas vêm sofrendo grandes abalos em seu caráter universal, conquistado constitucionalmente pela promulgação da CF/1988. O mercado passa a ditar as condutas e, paulatinamente, os ganhos constitucionais presentes na legislação constitucional brasileira. Vale frisar que alguns dispositivos necessitam de regulamentação e não encontram politicamente interesse em suas implementações. Desse modo, assistimos à política de saúde, mesmo após a criação do SUS, em 1990, perder sua efetividade como serviço público e, ao longo dos anos pós- CF/88, reiniciar, com outras configurações, o processo de privatização da saúde e, no caso em tela, do tratamento dialítico aos renais crônicos em diálise. Recursos alocados do Fundo Público são repassados para os serviços privados e filantrópicos que ofertam diálises, sem que haja interesse em recuperar, fortalecer e ampliar os serviços públicos em diálise, favorecendo o mercado, uma vez que esses serviços privados e/ou filantrópicos passam a garantir, com os contratos e convênios, os lucros na oferta das diálises compradas pelo SUS.

O cenário brasileiro apontado nos dados colhidos demonstram dissertação, e no caso particular de Alagoas, que o processo privatizante e a complementaridade

invertida fazem presente. No Estado de Alagoas, com uma dimensão maior do que no cenário brasileiro, haja vista que das 11 unidades de diálises, contratadas e ou conveniadas pelo SUS, existentes e habilitadas para assistência dialítica aos pacientes com DRC em diálise, apenas 1 (uma) tem a natureza jurídica de serviço público. Ressaltamos, também que atualmente ocorre uma alteração no contexto alagoano, ou seja, o HUPAA tem passado por um processo de modificação de sua gestão com a sua adesão a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), conforme notícia publicada no site da EBSERH

Nesta terça-feira, 14/01/14, o reitor da Universidade Federal do Alagoas (Ufal), Eurico Lôbo, e o presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), José Rubens Rebelatto, assinaram contrato para parceria na administração do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA). O ato aconteceu na sede da Ebserh, em Brasília (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

Do ponto de vista do Estado esta alteração na gestão dos HUs vem sanar dificuldades de ordem financeira, administrativa e o intuito é fortalecer o SUS, como se observa nas palavras do presidente da EBSERH:”

A adesão da Universidade Federal do Alagoas é de grande importância, visto que no estado mais de 90% dos cidadãos não possuem plano de saúde, ou seja, dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde - SUS. Como o trabalho da empresa é feito 100% pelo SUS, os serviços oferecidos tanto na parte de assistência quanto na parte educacional poderão ser melhorados. (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2014).

No entanto, essa adesão vem formalizar a privatização que vem ocorrendo desde os anos 1970, antes do SUS e se agravando dos anos de 1990, por dentro do SUS, para os nossos dias. Essa adesão vai significar a intensificação do privado no único serviço público, que oferta tratamento dialítico, e o enfraquecimento do sistema de saúde pública do Estado.

Dessa forma, entendemos que o contexto alagoano contribui decisivamente para alteração da dimensão pública de saúde que se almejava desde o início do Movimento de Reforma Sanitária. Observamos um movimento hegemônico: a contrarreforma da saúde. “Essa contrarreforma na prática mudou a dimensão de direito social para uma concepção de um serviço não exclusivo do Estado” (MENDONÇA; GIOVANELLA, 2007, p. 6 apud MENDES et al, 2012 p.164). A desresponsabilização do Estado no oferecimento direto do serviço público de saúde vem progredindo vertiginosamente, comprovada através dos dados específicos da

assistência dialítica aos renais crônicos em diálise nesta dissertação. As tabelas construídas através dos dados do CNESS/ Data SUS, apresentam, de forma contundente, o quantitativo de serviços de diálise em Alagoas e no Brasil, e a concentração do tratamento dialítico, pelo SUS, em serviços privados contratados e/ou conveniados, na forma complementar ao público, inclusive fugindo ao que reza o dispositivo que determina “a preferência por entidade beneficente filantrópica sem fins lucrativos” (artigo 199, § 1º, CF/1988).

A expansão do setor privado por dentro do SUS é um dos chamados processos de privatização. Este vem ocorrendo por meio da aquisição de serviços privados de saúde complementares aos serviços públicos através das contratos e convênios com os serviços privados filantrópicos. A alta complexidade no tratamento dialítico, conforme mapeamento dos serviços em Alagoas, e o repasse de verbas para os serviços de diálise filantrópicos/ privados demonstram que esse processo de privatização está caminhando a passos galopantes, haja vista as inúmeras contratualizações que vem acontecendo ano a ano. Em Alagoas, em 2013, mais um serviço de diálise é habilitado, o da Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos, em convênio com o SUS, da ampliação do serviço de diálises do HUPAA. As terapias renais substitutivas (TRS), que concretamente, por serem altamente lucrativas, são disputadas no mercado, revelam a relação existente atualmente entre os serviços, essencialmente públicos, que proporcionam as TRS, e os contratados e/ou conveniados. Não restam dúvidas que inúmeros pacientes com DRC, na modalidade hemodiálise, com perda total das funções renais, estão sendo assistidos pelo SUS nestes serviços privados e/ou filantrópicos, mas continuam a ser supervisionados e acompanhados de forma frágil pelo poder público, conforme recente relatório da CGU, que identificou, a nível nacional, vários serviços de diálise sem a formalização necessária, contrato ou convênio registrados. Outras questões também precisam ser observadas, tais como a necessária integralidade da assistência dialítica, que não pode se resumir apenas à oferta da hemodiálise, com a garantia de que outros serviços do tratamento dialítico sejam assegurados, tais como: a vigilância da água utilizada; a confecção de fístula em tempo hábil, segundo a legislação; o acompanhamento de equipe completa de profissionais exigidos pela ANVISA; consultas com outras especialidades asseguradas; curativos; internações garantidas, no caso das intercorrências; registro em tempo hábil, conforme legislação vigente, do paciente que deseje realizar transplante no Centro

Transplantador referência do serviço; dentre outros procedimentos que proporcionem qualidade de vida para um paciente com patologia de tamanha complexidade. O tratamento dialítico comprado pelo serviço público precisa ser devidamente acompanhado.

Vale frisar, entretanto, que o setor privado só procura complementar o setor público nos serviços que tenham altos retornos financeiros; a diálise como pode identificar, unitariamente não apresenta grandes ganhos; no entanto, o quantitativo delas faz a diferença. São os serviços da chamada alta complexidade, pois utilizam equipamentos e insumos de origem internacional, que proporcionam maior retorno lucrativo ao setor privado.

Surgiram outras questões, ao longo do estudo do objeto a que nos propomos investigar, quais seja: a distribuição de verbas para a modalidade diálise, em detrimento dos transplantes renais; a não prioridade da complementaridade dos serviços de diálises em entidades filantrópicas, em detrimento das privadas, contrariando o dispositivo constitucional (artigo 199 §1º); a questão da lucratividade das entidades filantrópicas no tratamento dialítico, pago pelo SUS. Questões que poderão ser objeto de um futuro doutorado, ou ficam abertas para outros pesquisadores.

Outra questão importante Coelho (1996) discutiu quando da análise sobre a relação custo/ benefício entre diálise x transplante renal, como opções de tratamento dialítico aos renais crônicos. Contata-se o interesse dos serviços privados em diálise ao preferirem o tratamento dialítico na opção diálise, que lhes traz maiores ganhos, em detrimento da escolha pelo transplante renal. Em relação ao paciente renal crônico, o transplante traria uma melhor qualidade de vida, e conforme afirmação de especialistas no assunto traria também uma maior sobrevida a esses pacientes. Essa opção pela diálise remete à necessidade de que a realidade da oferta e realização de diálise proporciona aos proprietários dos serviços privados de diálise, um retorno financeiro muito maior, além do fato de que em termos de estrutura do serviço oferecido, a diálise requer menor custo, enquanto o transplante envolveria um volume maior de recursos humanos e uma estrutura bem maior (centro cirúrgico mais equipado, etc.). O processo de opção pela diálise é ditado pela visão da saúde como mercadoria: na medida em que produz mais lucros, torna-se mais interessante a opção por essa modalidade de tratamento dialítico.

O número progressivamente aumentado de pacientes com DRC, conforme

dados dos Censos da SBN, tem se inserido em serviços de diálises privados e/ou filantrópicos³⁵. Essa inserção deverá ser acompanhada de compromisso e da obrigação de seguir os princípios do SUS e proporcionar aos pacientes com DRC em diálise, assistência integral, de maneira a preservar a qualidade do serviço e a qualidade de vida daqueles, que têm suas vidas modificadas do ponto de vista, físico, social, profissional e familiar com essa patologia.

Os dados apresentados nesta dissertação atestam a transferência da assistência pública em tratamento dialítico para os setores filantrópicos e /ou privados, confirmando o processo privatizante da alta complexidade e dos serviços destinados aos renais crônicos terminais. A partir destes dados é possível afirmar a complementaridade invertida por dentro do SUS: ao invés do setor privado ser complementar ao público, observa-se o contrário.

Desde a década de 1970, bem anterior à criação do SUS, o setor público da saúde brasileiro vem padecendo de insuficiência de recursos e de irregularidades nos fluxos financeiros, como também da desvinculação dos recursos destinados para a saúde. O contexto brasileiro à época da implantação do SUS encontrava-se em meio a uma intensa crise econômica, com fortes reflexos sobre o padrão de financiamento do Estado. E, com ênfase na crise fiscal do Estado, propunham-se soluções que passavam pela reforma do Estado, já que viam nesta solução para a crise do capital dos anos 1990.

O Estado tem conduzido a política de saúde de modo a obscurecer a realidade, omitindo a determinação social da saúde, como ainda a condição do cuidado médico como mercadoria.

Segundo Medeiros (2008),

[...] desenvolveu-se uma prática discursiva, ideológica e empírica experimental, não se realizou uma prática teórica abarcando as determinações das crises do setor saúde, nem se inseriu na prática, política que provocasse mudanças necessárias (AROUCA apud MEDEIROS, 2008, p.147).

Dessa maneira, sob o comando do mercado o nosso sistema de saúde se afasta dos princípios da reforma sanitária, mesmo nos processos, ditos “mais

³⁵ Com relação à inserção de pacientes com DRC em diálises, em serviços privados e ou filantrópicos, sejam solicitadas administrativamente, sejam exigidas judicialmente, não é uma questão a ser discutida neste trabalho. A questão, a meu ver, vai além da inserção e passa pela assistência integral, que deverá ser supervisionada pelo setor público, repassador das verbas pelo SUS para os serviços privados.

avançados”, após anos 2000, cogita-se um sistema de reforma sanitária flexibilizado, (Bravo, 2013), como se flexibilizando os princípios da bandeira de luta pela reforma sanitária, atendesse a população; para mim, é um engodo.

Correia (2012) afirma que “a atualidade, o que continua em jogo é a histórica disputa na saúde: a defesa do seu caráter público e a sua utilização como mercadoria, como fonte de lucro” (CORREIA, 2012, p. 2.) De acordo com Bahia (2013) O principal problema do sistema de saúde brasileiro é um paradoxo insustentável: um padrão de financiamento orientado para o mercado e um direito constitucional à saúde universal (BAHIA, 2013, p. 1).

Deve-se ficar atento e lutar com todos os instrumentos e meios possíveis para impedir a onda privatizante na saúde, e em particular nos serviços de atendimento em alta complexidade, assistência que constitui a maior rentabilidade para os serviços privados, daí a oferta de diálises nestes serviços. Dados atestam a transferência da assistência pública em tratamento dialítico para os setores filantrópicos e /ou privados, confirmando o processo privatizante da alta complexidade e dos renais crônicos e revelando a complementaridade invertida por dentro do SUS.

Dados colhidos no Relatório do PIBIC/SS/UFAL, 2013, do Grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais, do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFAL, coordenado pela Profa. Dra. Valéria Correia (2013), revelam que no ano de 2008 em relação aos procedimentos Hospitalares do SUS (Média / Alta Complexidade), a rede pública realizou 40% desses procedimentos, enquanto a rede privada realizou 60%; já no ano de 2010, o setor público realizou 43% e o os hospitais privados, 57% dos serviços.

Constata-se a inversão total nos preceitos constitucionais previstos no artigo 199, 1º, da CF/88, que disciplina o contrário. Vale ressaltar que a prioridade de complementaridade das entidades filantrópicas na assistência aos renais crônicos não está sendo seguida. Dados coletados revelam que as instituições de natureza privada têm sido beneficiadas muito mais com verbas públicas do que as filantrópicas. No decorrer da nossa pesquisa identificamos outra questão que merece todo um processo investigativo e exploratório: refere-se à lucratividade das entidades filantrópicas, que por serem beneficiadas com uma série de isenções fiscais e terem como função a assistência social, são formalmente incluídas no Cadastro Nacional de Assistência Social (CNAS) do Ministério do Desenvolvimento

Social, além de terem como obrigação reverter seus ganhos em tecnologias de ponta para os serviços públicos pelo SUS, e devem seguir em conformidade com sua natureza jurídica: “sem fins lucrativos”. No entanto, observamos que várias entidades com essa natureza ocupam no *ranking* nacional posições que as destacam como as instituições mais lucrativas.

Nesse contexto, “O SUS tem sido sabotado continuamente, desde a sua criação, pelos interesses do capital que se materializam nos grupos privados de saúde e no complexo médico-hospitalar” (CORREIA, 2013, p.3).

Não se pode deixar de empreender o controle social, de maneira que fique claro que não defendemos a privatização do serviço público, pelo contrário. De modo que devemos não permitir que a assistência dialítica aos renais crônicos em diálise seja progressivamente ofertada pelo serviço privado, através dos contratos e convênios, em detrimento da necessidade de ampliação e criação de serviço de saúde público para os pacientes DRC, que deverão ser assistidos de forma integral, com direitos assegurados a consultas, exames, internações nas intercorrências, ou seja, a Unidade de diálise não deverá ser apenas o serviço a realizar diálise, mas a referência para o tratamento dialítico como um todo.

Portanto, os profissionais que prestam serviços aos pacientes renais crônicos conforme Correia e Santos (2013), deverão se engajar numa luta constante em defesa do caráter público estatal da saúde, rompendo com as bases privadas do setor público. Isso envolve a resistência aos interesses capitalistas nessa área específica do tratamento dialítico.

Para que revivamos o conceito amplo de saúde, previsto no artigo 196 da CF/1988 é necessário termos claro que existe claramente uma contradição sutilmente expressa quando observamos o texto do dispositivo legal do artigo 199, §1º, da citada Constituição, visto ser este um dispositivo, que proporcionou espaço para a privatização progressiva a partir da complementaridade invertida, comprovada claramente pelos dados apresentados nesta dissertação. A concretização da substituição do privado, com surgimento de serviços públicos de assistência dialítica aos DRCT, além dos recursos dos SUS serem destinados e repassados para o setor público, conforme dispositivos legais constitucionais é uma luta justa; mas temos a clareza de que estamos lutando contra um movimento hegemônico burguês apoiado por todo um contexto político neoliberal e de orientações e exigências dos organismos financeiros internacionais, que sob a tutela

do capital financeiro impõe a ordem de obtenção de cada vez mais lucro. Os estudos, pesquisas e reflexões ao longo deste trabalho só fizeram fortalecer a necessidade de, como técnico da saúde e pesquisador, articularmos forças com os diversos segmentos dos grupos sociais progressistas da sociedade civil, para a defesa intransigente do SUS, já que, o interesse privatista presente no sistema capitalista contribui progressivamente para a privatização da saúde, exige a compra de serviços privados em detrimento de implantação e abertura de serviços públicos com qualidade de atendimento e ampla assistência no tratamento dialítico. Os usuários que conseguem chegar à assistência em alta complexidade, ou seja, os renais crônicos em diálise são os que mais sofrem os efeitos deste sistema. Reafirmamos a constatação do processo privatizante por que passou e passa a saúde, com o desmonte das conquistas sociais da CF/1988. Urge a efetivação do controle das instituições públicas de saúde e dos recursos públicos advindos dos impostos e das contribuições, mas que esse deve ser efetuado por todos. O SUS, sem sombra de dúvida, constitui um sistema público de saúde que se propõe a garantir o direito universal e constitucional à saúde. Precisamos preservá-lo e fortalecê-lo, e reverter o fator complementaridade na assistência aos renais crônicos em diálise, de maneira que a saúde seja concebida para além do processo individual curativo e aberta à assistência integral, resgatando os objetivos do Movimento de Reforma Sanitária.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, Giovanni Gurgel. **A saúde no Brasil**: cartografia do público e do privado. São Paulo/ Campinas: Hucitec, 2006.

AGÊNCIA BRASIL. **Mortalidade relacionada a doenças renais chega a 17% no Brasil** Curitiba: IBACBrasil, [2013]: Acesso em: <http://www.ibacbrasil.com/noticias/enfermagem/mortalidade-relacionada-a-doencas-renais-chega-a-17-no-brasil#sthash.tCIEL1SN.dpuf>. Paraná 2013.

ALVES, Giovanni. **Crise do capital e estado neoliberal**: algumas notas críticas. Marília, 2012. Disponível em: <<http://kantoximpi.blogspot.com.br/2012/08/crise-do-capital-e-estado-neoliberal.html>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **Do nascimento da saúde pública ao movimento pré – SUS**. Disponível em: http://www.cescage.com.br/ead/adm/shared/arquivos/texto_complementar_mod2

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**: debate: trabalho, cultura e política:os dilemas da America Latina e do Brasil no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2006. (Coleção Mundo do Trabalho).

AROUCA, Sergio. **Reforma sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BAHIA, Ligia. **SUS avançou, mas sistema vive paradoxo insustentável**. 2013. Disponível em: <http://www.zedirceu.com.br>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. .56, n, .2, p. 248-253, 2010.

BASTOS, Rita Maria Rodrigues, BASTOS, Marcus Gomes, TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na sua detecção precoce. **Revista APS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 46-55, jan./jun. 2007 <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Drenal.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de política social**. [2000]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf. Acesso em: 4 abr. 2014.

BEHRING, Eliane Rossetti. Reforma do estado e seguridade no Brasil. **Revista Ser Social**, Brasília, DF, n. 7, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Fundamentos de política social**. [2000]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf. Acesso em: 4 abr. 2014.

BEHRING, E. R. Reforma do estado e seguridade no Brasil. **Revista Ser Social**, Brasília, DF, n. 7, 2000.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. Políticas de desenvolvimento econômico e implicações para as políticas sociais. **Revista SER Social**, Brasília, DF, v.15, n. 33, p .261-384, jul. / dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/9517/7615>. Acesso em: 15 set. 2014.

BRASIL. [Constituição 1988]. **Constituição da República Federativa do Brasil Políticas sociais: acompanhamento e análise**. Brasília, DF, 1988. v. 1.

BRASIL. Lei 8080/1990, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 9 ago.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.277, 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 246, 22 dez. 2006, seção 1, p. 253.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 85, 6 maio 2010, seção 1, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Vigilância Sanitária. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por intermédio telefônico Vigitel: normas técnicas**. . Disponível em: <http://http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Controladoria Geral da União. **Relatório de avaliação da execução de programas de governo n. 25 atenção à saúde da população para procedimentos em média e alta complexidade**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/5985_%20RAv%2025.pdf. Acesso em: 9 ago. 2014.

BRAVO, Maria Inêz Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Org.). **Serviço social: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo : Cortez, 2013.

_____. **Serviço social e a reforma sanitária**. lutas sociais e práticas profissionais. 4. edição. São Paulo: Cortez, 2011.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo de(Org.). **Serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRETTAS, Tatiana. Dívida pública: uma varinha de condão sobre os recursos do fundo público. In: SALVADOR, Evilásio et al. (Org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNESNET). **DataSus**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: mar. 2014

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde, **Revista Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro v.12, supl. 0, p. 1865-1874, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12s0/09.pdf>. Acesso em: set. 2014.

CARNEIRO, Rita de Cássia Amorim. **Relatórios anuais de atividades do Serviço Social**. Maceió: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Centro Integrado de Nefrologia, 2012.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde...” ou será o contrário? **Saúde em Debate**, v.36, nº92, Rio de Janeiro, jan./mar. 2012.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE(CEBESS). **A questão democrática na área de saúde**. Revista Saúde em Debate, v.9, p.47-48, , jan./fev./mar. Rio de Janeiro, 1980.

COELHO, Vera Schattan Pereira. **Interesses e instituições na política de saúde: o transplante e a diálise no Brasil**. 1996. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1996.

_____. Interesses e instituições na política de saúde. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**; São Paulo, v. 13, n. 37, p. 115-128, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v13n37/37Vera.pdf> . Acesso em:

_____. **Transplante e diálise no Brasil**. Campinas, 1997. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/v1/pdf/TRANSP_DIAL_BR_3.pdf. Acesso em: nov. 2014.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 14 jan. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade pelo SUS**. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coloc_progestores_livro9.pdf. Acesso em: dez. 2014.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. 343 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: http://fopspr.files.wordpress.com/2010/01/correia_m-v-c-cns-frente-aos-org-financ-internacionais.pdf. Acesso em: 3 fev. 2014.

_____. A construção do SUS e os processos de privatização. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 64, 2012, São Luís. **Anais...** São Luís: SBPC: UFMA, 2012.

_____. **A privatização da saúde na atualidade**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 13, 2012, Juiz de Fora. [**Anais eletrônico**]. João Pessoa: UFPA, 2012. 1 CD.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? os Conselhos de Saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**, São Luís, ano 7, n. 13, 2007.

_____; SANTOS, Viviane Medeiros dos. A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 14., 2013, Águas de Lindóia. [**Anais eletrônico...**] São Paulo, 2013.

COSTA JÚNIOR, Antonio Gil da,; COSTA, Carlos Eduardo de Mira. Um (Re) pensar sobre a saúde pública no Brasil: a importância da Humanização no ambiente de trabalho, **.Partes**, Natal, 11 fev. 2014. Disponível em: <http://www.partes.com.br/2014/02/11/um-repensar-sobre-a-saude-publica-no-brasil-a-importancia-da-humanizacao-no-ambiente-de-trabalho/>. Acesso em: 3 set. 2014.

COUTINHO, Eduardo Granja. Processos contra -hegemônicos na imprensa carioca, 1889/1930 . In: _____. (Org.). **Comunicação e contra** : hegemonia: processos culturais e comunicacionais de contestação, pressão e resistência . Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008. p. 65 -89.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 0, p. 1851-1864, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>. Acesso em: 4 maio 2014.

DALLAGO, Cleonilda Sabaini Thomazini. Estado e políticas sociais no Brasil: formas históricas de enfrentamento a pobreza. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luiz. [**Trabalhos apresentados**]. São Luis: UFMA, 2014. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/da432eb1d3cfdb31>. Acesso em: 4 maio 2014.

DAMASCENA, Ana Lúcia. **A questão da efetivação dos direitos fundamentais sociais no estado capitalista**: possibilidades e limites, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013; Disponível em: http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/ana_lucia.pdf. Acesso em: 10 mar. 2014.

DANTAS, Karlo Eric Galvão. **Vinculação de receitas pós-Constituição Federal de 1988**: rigidez ou flexibilidade da política fiscal? o caso da Cide-Combustíveis. 2008. 84 p. Dissertação (Mestrado em Economia do Setor Público) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008. Dissertação apresentada ao XIV Prêmio Tesouro Nacional, área Qualidade do gasto público, tema 4, obtendo o terceiro lugar em 2009. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4818/1/dissertacao_KarlosDantas.pdf. Acesso em 17 set. 2014.

DANTAS, Rodrigo. A grande crise do capital. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 47-72, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cefp/article/view/82984/86032>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

DURIGUETTO; Maria Lúcia; MONTAÑO, Carlos. **Estado, classe e movimento social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **EBSERH e UFAL assinam parceria para gestão de hospital universitário em Maceió (AL)**. 14 jan. 2014. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/404-ebserh-e-ufal-assinam-parceria-para-gestao-de-hospital-universitario-em-maceio-al>. Acesso em: 18 out. 2014.

SCOREL, Sarah. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. **As origens da reforma sanitária e do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FERNANDES, Florestan. **Revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FÓRUM ALAGOANO EM DEFESA DO SUS, 2013, Maceió. **Lutas sociais na saúde**: 25 anos de SUS, 5 anos. Palestra ministrada na Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2013.

FROTA, Mainara Mizzi Rocha. **Políticas sociais no capitalismo e no socialismo**: uma análise comparativa entre Brasil e Cuba. Dissertação. (Mestrado) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cachoeira, 2012. [http://www.repositorio.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/503/1/Dissertao%20mainara completa.pdf](http://www.repositorio.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/503/1/Dissertao%20mainara%20completa.pdf). Acesso em: 18 jul. 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/>. Acesso em: 2 jun. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sanitarista**. Rio de Janeiro, [20- -] Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 8 out. 2013.

GALLO, Edmundo et al. **Reforma sanitária**: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1988000400007>. Acesso em: 2 fev. 2014.

GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GRAMSCI, Antonio. **Análises das situações**: correlações de forças. Tradução Sergio Granja. Revisão Silvia Mundstock. 2010. Disponível em: <http://laurocampos.org.br/2010/10/analises-das-situacoes-correlacoes-de-forcas/>. Acesso em: 2 fev. 2014.

GRANEMANN, Sara. **Fundações estatais: Projeto de Estado do Capital**, Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

_____. GRANEMANN, Sara. Necessidades de acumulação capitalista, **Revista Escrita**, Rio de Janeiro, ano 6, n. 9, p.29-32, 2004.

GERSCHMAN, Silvia. **Democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

HAYEK, Friedrich. **O caminho da servidão**. Tradução Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. São Paulo: Instituto Ludwig Von Mises Brasil, 1990.

IAMAMOTO, Marília V. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, 2001.

MALTA, S. B. B. Desigualdade e direitos sociais. In: AMARAL, Maria Virgínia Borges; TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes (Org.). **Serviço social, trabalho e direitos sociais**. Maceió: EDUFAL, 2001.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução Reginaldo Sant'Anna, 14. ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 1994. v. 1.

MATOS, Carlos Alberto de; POMPEU, João Cláudio. Onde estão os contratos? análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a23v08n2.pdf>. Acesso em 18 jul. 2014.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Direção das lutas dos trabalhadores: o caso da Reforma Sanitária brasileira**. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA. Serviço Social, Recife: O Autor, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia neoliberal**. In: MENDES, Eugênio Vilaça et al. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec : ABRASCO, 1999.

MENDES, Jussara Maria Rosa et al. Gestão na Saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: MENDES et al (Org.). **Proteção social no Brasil e Cuba**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2012 . cap. 7, 286 p.

MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O Serviço social frente ao neoliberalismo: mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, 1997.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira anos 80 e 90. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NARDINO Daiana; KRUGGER, Tânia Regina. O serviço privado contratualizado pelo SUS: o caso da diálise. **Revista Grifos**, Chapecó, n. 22/23, p. 299-318, jun./dez. 2007. Disponível em: <http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/184/85>. Acesso em: 2 set. 2014.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Brasília, DF, n. 3, 2001.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Úrsula. **A Saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, Rodrigo Ferreira. A contrarreforma do Estado no Brasil: uma análise crítica. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 24, maio/jun./jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Urutagua/article/view/10698/7171>. Acesso em: julho de 2014.

OMENA, Valéria Coêlho. **A relação dos setores público e privado na política de saúde brasileira**: os interesses do capital na atenção oncológica. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. A saúde em debate nas eleições presidenciais: memória e perspectivas. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.34, n. especial, p.16-22, set. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5976/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo3.pdf> Acesso em: 2 out. 2013.

_____. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Revista Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1996:

PRÉDES, Rosa Lúcia Silva et al. (Org.). **Serviço Social em Debates**. Maceió: EDUFAL, 2002.

PROADESS. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro:** indicadores para monitoramento: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: http://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf. Acesso em: 4 abr. 2014.

RIBEIRO, D. S.; COSTA, L; M.; MAGALHÃES, L. G. S. **A atuação do enfermeiro no cuidado ao paciente com complicações na fistula arteriovenosa.** Salvador: ABRASPET, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS.** 2000. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antônio Carlos (Org.). **Odontologia em saúde:** coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. cap. 2. p. 28-49.

SALVADOR, Evilásio. et al. **Financeirização, Fundo Público e Política Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

_____. O financiamento da seguridade social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? In **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. Financiamento tributário da política social no pós Real. In: _____ et al. (Org.). **Financeirização,** Fundo Público e Política Social, São Paulo: Cortez, 2012.

_____. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 104, out./dez. 2010.

_____. Evilásio. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista,** Londrina, v. 14, n. 2, p. 4-22, 2012.

_____. A reforma tributária desmonta o financiamento tributário da seguridade social. **Ser Social,** Brasília, DF, v. 11, n. 25, p. 42-54, jul./dez. 2009.

SANTOS, Edlene Pimentel; COSTA, Gilmaísa Macedo. Da questão social e desigualdades: novas formas, velhas raízes. **Revista Agora:** políticas públicas e serviço social, ano 2, n. 4, jul. 2006. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/228463439_QUESTO_SOCIAL_E_DESIGU ALDADE_novas_formas_velhas_razes. Acesso em: 20 jun. 2013.

SANTOS, Josiane Soares. **Políticas sociais: debates contemporâneos:** entrevistada Josiane Soares Santos. Entrevistadoras: Marlene Teixeira Rodrigues; Reginaldo Guiraldelli. **SER Social,** Brasília, DF, v. 16, n. 34, p. 216-220, jan.-jun. 2014.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades do Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. (Biblioteca Básica de Serviço Social).

SANTOS, Lenir. **O público e o privado: a complementaridade dos serviços públicos de saúde**. [201-?]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/O%20publico%20e%20o%20privado.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, Viviane de Medeiros. **A privatização da saúde pública brasileira: a utilização do fundo público da saúde para o setor filantrópico/privado**. São Luis, 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br>. Acesso em: 25 maio 2013.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Relatório do censo Brasileiro de diálise, 2008. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 233-238, 2008.

_____ et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36 n.4, 2014.

SILVA, Ademir Alves. **As relações Estado-sociedade e as formas de regulação social: capacitação em serviço social e política social: módulo 2**. Brasília, DF, Centro de Educação, Aberta, Continuada, à Distância: CEAD: UNB: CFESS: ABESS, 1999.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e Silva. Avaliação das políticas sociais: concepção e modelos analíticos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 18, n. 53, 1997.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do serviço social, 3).

SIVIERO, Pamila; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**, Belo Horizonte: UFMG: CEDEPLAR, 2013, Disponível em: <http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/pesquisas/td/TD%20467.pdf>. Acesso em: 2 set. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo Brasileiro de Nefrologia**. São Paulo, 2013.

_____. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**, 2. ed. Campinas: Saberes, 2009.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais, **Revista Saúde**, Porto Alegre, n. 4, 2011 p. 61-74.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Faculdade de Serviço Social. Grupo de Pesquisa Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais da Pós-Graduação em Serviço Social. **Relatório Final PIBIC**: os rumos do sistema único de saúde: privatizações, judicializações e Programas Governamentais do Governo Dilma, Tendências da Utilização do Fundo Público da Saúde: Estatização ou privatização progressiva do SUS?: 2012/2013. Coordenação Maria Valéria Costa Correia. Maceió, 2013. 1 CD.

VIANNA, Solon Magalhães. **Relação público e privado no setor saúde**: racionalidade econômica e qualidade de vida: o caso do financiamento da saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.