

# nefro SP

ÓRGÃO DA SOCIEDADE DE NEFROLOGIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

ano IV - número 12

■ **CRISE NA TRS EM DRACENA**

---

■ **MAZELAS DO SUS E O  
SISTEMA DE DIÁLISE**

---

■ **HOMENAGENS:  
MASSOLA E ONUCHIC**



**PREFEITO DE SÃO PAULO  
RECEBE A SONESP**



**ENTREVISTA COM  
GILBERTO NATALINI**

# A Desconstrução do Sistema de Diálise



Faz algum tempo que a diretoria da Sociedade de Nefrologia de São Paulo (SONESP), vem recebendo queixas e apelos do setor de prestação de serviços em terapia renal substitutiva (TRS) em função de sua "desestabilização crescente de cortes e atrasos nos pagamentos realizados pela secretaria estadual e pelas secretarias municipais de saúde.

A repercussão de tais cortes nos atrasos de pagamentos de médicos, agora agravado pela real perspectiva de quebra do setor, mobilizou esta diretoria a fazer um levantamento preliminar da situação dos vários municípios do estado de São Paulo.

Consulta realizada pelos Delegados Regionais junto às Unidades de Diálise de suas respectivas áreas demonstrou que unidades de Dracena, Fernandópolis, São José do Rio Preto, Votuporanga, Taubaté, São João da Boa Vista, Mogi das Cruzes e São Paulo - capital - atravessam momentos de angústia diante das dívidas que se avolumam. O envolvimento cresce em proporção semelhante à ampliação do número de pacientes necessitados de tratamento sem a necessária ampliação de vagas.

No dia 20 de maio, a Diretoria da SONESP realizou reunião com representantes de várias unidades de diálise da capital e do interior para estabelecer linhas de atuação para abordar estas questões. Contamos nesta ocasião com a presença e assessoria do Dr Ricardo Manso, advogado do grupo Escanhoela Advogados Associados, que tem excelente experiência de atuação nesta área e já contabiliza o ganho de uma ação judicial interposta em favor do Ins-

tituto de Diálise de Sorocaba que vinha sendo abatido por cortes sistemáticos.

Sobre os cortes nos repasses, o Dr. Ricardo recomendou Ação Judicial por parte das Unidades de Terapia Renal Substitutiva pela quebra unilateral do contrato de forma individual ao invés de coletiva. Mas, se possível, com o maior número de ações ao mesmo tempo contra o Governo do Estado, solicitando a imediata interrupção dos cortes e pagamento dos valores devidos. O fato de haver vários processos ao mesmo tempo será também favorável. O argumento que os cortes estão levando ao aniquilamento (termo do Meritíssimo Juiz) das UTRs com graves prejuízos aos pacientes, aos nefrologistas e aos funcionários empregados por estas vem sendo acolhido com base na legislação vigente.

Paralelamente, a SONESP decidiu após avaliação de custos processuais, ingressar com representação junto ao Ministério Público (estadual e federal) denunciando a grave situação das Unidades de Terapia Renal Substitutiva decorrente de repasses incompletos praticados pelo Estado como reembolso de tratamentos pré-autorizados por este, em frontal ameaça ao tratamento da população de pacientes a este submetido.

Esta denúncia, acatada pelo Ministério Público, deverá ser transformada em inquérito e posterior Ação Civil Pública. Também será avaliada a viabilidade de uma solicitação judicial de direito de resposta ao Governo do Estado, a respeito da carta que o governador está enviando aos pacientes, informando valores superestimados, supostamente pagos às clínicas pelo tratamento de Hemodiálise. Esta informação, além de incorreta, tem provocado constrangimento em algumas clínicas, quando os pacientes questionam sobre os altos valores informados para o tratamento de cada um deles.

Para a questão referente aos atrasos nos repasses e obstáculos a atenção nefrológica na capital, a SONESP solicitou audiência e foi

recebida pelo prefeito de São Paulo, Gilberto Kassab, e pelo secretário municipal de São Paulo, Januário Montone, e seu staff, os quais ouviram atentamente a problemática enfrentada pelo setor e prometeram esforços para solucionar.

Finalmente, todos concordam que é necessário ampla mobilização dos segmentos envolvidos em TRS, sociedades de médicos, enfermagem e de pacientes para divulgação pela mídia de grande circulação das graves dificuldades enfrentadas pelas instituições especializadas e também da falta de vagas no município de São Paulo para atender a demanda.

Em adição, quando a representação da SONESP for protocolada no MP, haverá um esforço para que esse fato seja divulgado e que repercuta junto a Assembléia Legislativa do Estado e Câmara dos Vereadores.

Várias Unidades entre as quais Suzano e Mogi das Cruzes já decidiram entrar com a ação judicial. Para maior adesão à este processo, a SONESP disponibiliza seus telefones para maior orientação ao conjunto de clínicas interessadas e fundamentais para o fortalecimento da causa.

Esta luta difícil deve ser contínua e outros instrumentos, caminhos e apoio que nos auxiliem são bem-vindos. Contamos com a colaboração de todos.

**A Diretoria**

**“Paralelamente, a SONESP decidiu após avaliação de custos processuais, ingressar com representação junto ao Ministério Público (estadual e federal) denunciando a grave situação das Unidades de Terapia Renal Substitutiva...”**



**SONESP - SOCIEDADE DE NEFROLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**DIRETORIA BIÊNIO 2007/2008:**

**Presidente:**  
Dr Márcio Dantas

**Vice Presidente:**  
Dr José Nery Praxedes

**Secretario Geral:** Dr Paulo Quintaes

**Tesoureira:** Dra Andréa Olivares Magalhães

**Diretor de Defesa Profissional:**  
Dr Antônio Américo Alves

**Diretor Científico:** Dr Álvaro Pacheco e Silva Filho

**Delegado da Região I (Metropolitana):**  
Dr Aderbal Ângelo Nastro

**Delegado da Região II:** Dr Jerônimo Centeno (Taubaté, Santos, Sorocaba, Registro, São José dos Campos e adj)

**Delegado da Região III:** Dr Miguel Moyses Neto (Ribeirão Preto Franca, Araraquara e adj)

**Delegado da Região IV:** Dr Leandro Júnior Lucca (São José do Rio Preto, Barretos e adj)

**Delegado da Região V:** Dra Jacqueline Caramori (Bauru, Araçatuba, Botucatu, Assis, Presidente Prudente e adj).

**Delegado da Região VI:** Dr Cyro Nogueira F. Moreira Filho (Campinas, Piracicaba, São João da Boa Vista e adj)

**Conselho Fiscal:** Dr João Egidio Romão Jr, Dra Yvoti Sens e Osvaldo Mereghe Vieira Neto.

**JORNAL NEFRO SP:**  
Coordenação: Dr. Ruy Barata;  
Jornalista Responsável: Ruy G. B. Neto;  
Editoração e Impressão: Ânema Editorial  
Tiragem 3.000 exemplares



**VISITEM NOSSO SITE:**  
**www.sonesp.org.br**

## SONESP EM MOVIMENTO

# PREFEITO DE SÃO PAULO RECEBE A SONESP

Prefeitura deverá fazer um estudo para viabilizar o credenciamento de novas vagas com recursos próprios

No último dia 27 de maio, o prefeito Gilberto Kassab recebeu com distinção a delegação da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo (SONESP). Ele quis ouvir os problemas e entraves que envolvem a atenção nefrológica à população da cidade de São Paulo. Além de Kassab, participaram da reunião: o Secretário Municipal de Saúde, Januário Montone, o coordenador Hospitalar da SMS, Paulo Kron, e a coordenadora do programa de prevenção de doenças crônico-degenerativas da secretaria estadual de saúde, Julia Kenji. A delegação da SONESP foi composta pelos colegas: Dra Altair Lima, Dr Paulo Quintaes, Dr Aderbal Nastro e Dr Alberto Fernandes. As conversas foram conduzidas pelo deputado estadual Estevam Galvão, cujo papel de grande aliado na defesa das causas que envolvem a atenção aos pacientes renais no Estado de São Paulo já se fez sentir em várias ocasiões. Dentre elas destaca-se o patrocínio das comemorações do dia mundial do rim em sessão solene na Assembléia Legislativa do Estado.

Na abertura do encontro, Galvão destacou a falta de vagas para pacientes novos na cidade e as dificuldades financeiras das Unidades de Diálise. Defendeu consistentemente a necessidade de estabelecimento de parceria entre a SONESP e a secretaria municipal de saúde na pro-

moção da prevenção da doença renal crônica.

A Dra Altair Lima de posse do documento escrito pelo presidente Marcio Dantas, impossibilitado de comparecer, mostrou didaticamente ao prefeito que as Unidades não tem como suportar os constantes atrasos no pagamento dos serviços prestados, pois se encontram cronicamente debilitadas por motivos decorrentes da administração pública. Mostrou preocupação com o esgotamento das vagas necessárias para tratamento dos novos pacientes que aportam diariamente ao sistema de saúde, o que conduz ao aumento da mortalidade e dificuldades de atuação dos hospitais obrigados a manter pacientes internados por muitos meses por falta de vagas de diálise na cidade.

Entusiasta e pioneira da prevenção da Doença Renal Crônica, Altair após demonstrar os bons resultados obtidos com projetos em parceria com o Rotary, Fiesp e Ação Global, convidou a prefeitura a integrar o projeto de prevenção da doença renal crônica ora em desenvolvimento pela parceria com a Secretaria Estadual de São Paulo e Sociedade de Nefrologia.

Em sua intervenção, o secretário Januário Montoni demonstrou conhecer bem a Secretaria: suas virtudes, defeitos e desafios gigantescos. Concordou que faltam vagas para TRS no município de São Paulo e que é imperioso ampliar o atendimento, em caráter de urgência. Referiu-se lamentando a falta de ampliação do teto para a saúde, por parte do Ministério da Saúde e disse que não há como no momento remanejar o teto para TRS. Informou que somente pode-se ampliar o atendimento com recursos da Prefeitura e que, apesar das dificuldades, o prefeito autorizou um estudo para viabilizar o credenciamento de novas vagas com recursos próprios.

Quanto ao projeto de prevenção de DRC, Montoni informou que a Secretaria está preparada para desenvolver programas de Educação Continuada para os profissionais da Saúde, através de rede integrada de televisão. Segundo ele, havia a intenção de estabelecer parceria com a Associação Paulista de Medicina. Entretanto, ficou motivado com a proposta da SONESP e afirmou que estudará a melhor forma de estabelecer essa aproximação. Finalmente o secretário prontificou-se a

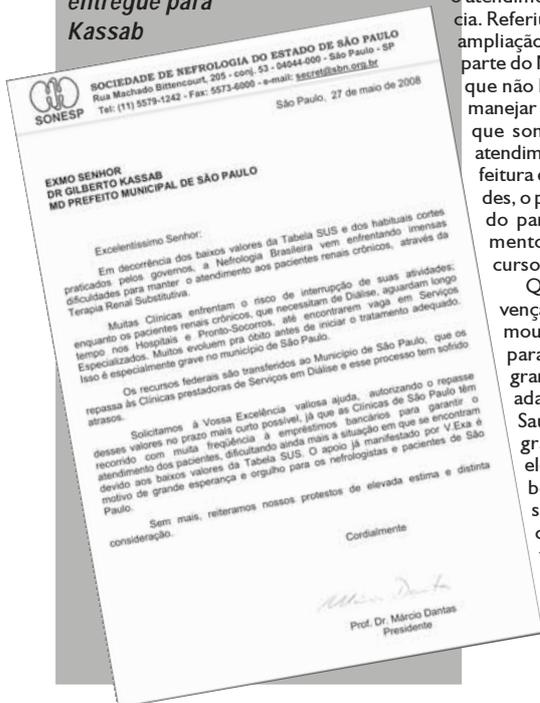


estudar os motivos do atraso e mobilizar todos os esforços necessários para superá-los.

O prefeito Gilberto Kassab mostrou conhecimento de causa, evidenciando sensibilidade às questões apresentadas pela SONESP e sua intenção de atender a todas as solicitações apresentadas. Afirmando, com certo orgulho, que está apli-

cando mais que 17% do orçamento na Saúde e que terminará o mandato aplicando 20%. Ele ainda defende a necessidade das prefeituras chegarem a aplicar 25% e orçamentação adequada para o setor. Disse também que autorizou um estudo da viabilidade financeira para minorar a falta de vagas na cidade, com recursos da Prefeitura.

Cópia do Documento entregue para Kassab



**Baxter DP**

Com a HomeChoice, seus pacientes nunca estão sozinhos.

Na Baxter, acreditamos que ser atendido por uma pessoa de verdade ou por uma mensagem gravada faz toda a diferença do mundo.

Para mais informações sobre DPA e a HomeChoice, visite o site [www.baxter.com.br](http://www.baxter.com.br)

Suporte 24 horas  
0800 12 55 22  
opção 1

**Baxter**  
Baxter é uma marca Baxter International Inc.  
Baxter Hospitalar Ltda.  
Av. Alfredo Egídio de Souza Aranha, 100 - bloco C, 9º andar, 71 e 9º andar  
São Paulo, SP - Cep: 04726-170 - SAC: 0800 12 55 22 - [www.baxter.com.br](http://www.baxter.com.br)  
HomeChoice é marca registrada de Baxter International Inc.

## ENTREVISTA

# NATALINI - GUERREIRO DO SUS

Gilberto Natalini é médico cirurgião geral formado pela Escola Paulista de Medicina em 1975. Fez residência médica no Hospital dos Servidores do Estado onde dirigiu a primeira associação de médicos residentes. Sua disposição para o embate por causas nobres do povo brasileiro se fez sentir desde o tempo de faculdade onde teve que enfrentar a repressão dos anos de chumbo. Data deste ano a fundação da Associação Popular de Saúde do bairro do Cangaíba onde até hoje atende voluntariamente a população carente.

Em 1997 foi nomeado secretário de saúde de Diadema de onde foi guindado ao cargo de presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS), o qual exerceu por dois mandatos consecutivos. De outubro de 1999 a dezembro de 2000 exerceu o cargo de presidente do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), dedicando o melhor de si para a construção do maior plano de saúde do mundo o SUS, responsável pelo atendimento fundamental de 150 milhões de brasileiros. Em outubro de 2000 foi eleito vereador de São Paulo, pelo PSDB, onde desde então dedica-se as questões complexas do município principalmente as atinentes a consolidação do sistema de saúde. Gilberto Natalini recentemente apresentou projeto de lei. 01-PL 01- 0532/2007 que "INSTITUI, NO ÂMBI-

TO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, O PROGRAMA DE PREVENÇÃO E COMBATE, ÀS DOENÇAS RENAS CRÔNICAS (DRC), E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS." De ampla abrangência, o projeto busca mobilizar o poder público em parceria com organismos da sociedade civil, para o empreendimento de ações relativas a capacitação de recursos humanos, campanhas públicas, e hierarquização da rede para atendimento dos diversos níveis de complexidade das doenças renais.

Na entrevista concedida ao Nefro-SP Gilberto Natalini discorre amplamente sobre as questões relacionadas a consolidação do SUS e sua posição pessoal sobre as controvérsias que atualmente permeiam a discussão nacional que envolve o financiamento do SUS

**Qual a sua opinião sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS)?**

**Gilberto Natalini** – O Sistema Único de Saúde foi criado na Constituição de 1988 e é fruto de um trabalho de décadas de discussões e propostas do movimento sanitário brasileiro. E ao ser criado, o sistema foi muito ousado por se propor a fazer promoção à saúde, prevenção, cura e reabilitação. Tem o objetivo de oferecer um tratamento universal ao cidadão brasileiro e com equidade. Porém, os constituintes não disseram de onde viria a fonte de financiamento para isso. O que fez com que o sistema durante todos estes 20 anos de implantação fosse sub-financiado, embora tenha proporcionado, ainda assim, um grande avanço na saúde pública brasileira. Hoje o SUS é o plano de saúde que atende 150 milhões de brasileiro que não podem arcar com tratamentos com recursos próprios. São 300 milhões de consultas/ ano e mais de dois milhões e meio de partos. Mas as fontes de financiamento sempre foram muito variáveis e disponibilizadas ao sabor do ânimo dos governantes do momento. Finalmente em 2000, nós conseguimos aprovar a emenda constitucional 29 que vinculou verba para a saúde a partir daquele momento. A saúde até então nunca teve verba vinculada, diferentemente da educação, que para se ter uma idéia tem esse privilégio desde a emenda Calmon, consolidada há mais de 25 anos. A PEC 29 é isto. Nós conseguimos fazer isso com a saúde, o que deu um novo fôlego para o setor. O problema é que a regulamentação desta vinculação deveria ser feita em 2004, mas nunca foi feita. Até hoje estamos no aguardo de que essa regulamentação aconteça. Ela já está no prelo para ser votada – o projeto de lei 206/2008. Sem a regulamentação não se tem o cumprimento da emenda. Os governadores estaduais particularmente e o governo federal não costumam cumprir as cotas da vinculação ou desviam o dinheiro da saúde para outros fins que não são referentes ao atendimento direto à saúde.

**Que problemas impedem essa regulamentação?**

**Natalini** – O problema atual não é novo mas nós achamos que o Governo Federal está fazendo diversionismo sobre a questão e propõe criar um novo imposto para que se financie a PEC 29. E eu sou contra isto. Achamos que existe superávit de arrecadação na caixa do Governo, não sendo, por tanto, necessário que se tenha um imposto novo para destinar dinheiro para a saúde. Este dinheiro já viria naturalmente com a simples regulamentação. Os recursos somariam um montante de R\$ 8 bilhões/ano. Sabemos que esta verba ainda não seria a solução, mas daria mais fôlego, um suspiro para o setor da saúde que hoje está com tabela defasada, com estrangulamentos na média complexidade, na alta complexidade, nas cirurgias eletivas e etc.

**Então o senhor não acha que seja necessário o retorno da CPMF como justificativa para o financiamento direto da saúde?**

**Natalini** – Não concordo porque o Governo tem dinheiro em caixa. O Brasil está numa fase muito boa de arrecadação e cada vez ficará melhor. Está se colocando um bode dentro da sala do "setor/saúde" injustamente e vão



querer criminalizá-lo por ser responsável pela criação de um novo imposto. Isso é um jogo político ruim e nós não merecemos esse tipo de tratamento.

**Se não pensarmos em imposto, mas sim na criação de um fundo setorial da saúde que consiga captar recursos de diferentes segmentos da sociedade. O senhor acharia necessário?**

**Natalini** – Eu ainda acho que não seria necessário isso. Acho que o SUS tem lançado mão de algumas alternativas para melhorar a gestão como por exemplo, a criação das organizações sociais de saúde, de fundações públicas etc. Mas o dinheiro do SUS tem que ser fundamentalmente público. O que a emenda constitucional 29 estabelece com relação a quantidade dinheiro: 5% de aumento anual dos recursos orçamentário, acima da variação do PIB nominal, 12% dos orçamentos dos Estados, e 15% dos orçamentos dos municípios além dos 10% obrigatórios do orçamento federal. Se isso for cumprido, já está de bom tamanho, porque o setor terá um acréscimo de dinheiro novo em três anos de 24 bilhões de reais. E se o crescimento do País continuar ativo e a arrecadação de imposto positiva obteremos sucesso. Apenas na cidade de São Paulo batemos no ano passado a marca de R\$ 25 bilhões em arrecadação. Um orçamento recorde, sem a necessidade de criação de novos impostos. Apenas cobrando melhor, apertando os sonegadores e dando a oportunidade de parcelamento para os inadimplentes. E ainda extinguímos uma série de impostos. Então, se tem dinheiro público, se os gestores souberem bem usá-lo obteremos vitórias ainda maiores do que as que vem sendo obtidas. Aqueles que acham que a saúde é um bem de mercado escamoteiam seus interesses dizendo que o setor gasta mal o dinheiro. E eu discordo disso. O cerne da questão é que o SUS tem um dos maiores programas de vacinação do mundo, com alcance universal e erradicação de várias moléstias em nosso meio, tem o segundo maior programa de transplantes de rins do mundo, alcançou a marca de 27 mil equipes de PSF e, observável queda de mortalidade e melhoria dos indicadores sanitários. Os dados são positivos. Mas se não tiver dinheiro novo, a inflação vai corroendo e a demanda progressiva não será satisfeita. Mas eu acredito que a regulamentação por si resolveria o problema. Basta votar.

**Se existe o dinheiro, qual é o problema?**

**Natalini** - Os municípios estão colocando os seus 15% religiosamente. São Paulo este ano deve bater em 20% do seu orçamento próprio em saúde. Os vilões salvo raras exceções tem sido os Estados. São Paulo é uma exceção pois já cumpre a emenda colocando 12% do seu orçamento em saúde. Então o que falta é os outros governadores tomarem vergonha e aplicarem os seus orçamentos diretamente na saúde e ao Governo Federal que todo ano descumpra metas, prazos e orçamentos. Se o governo tivesse cumprido a PEC nós já teríamos a mais R\$ 14 bilhões que não entraram no SUS. Este dinheiro tem sido turgado da saúde porque o Governo Federal não cumpre a emenda 29. E se existe dinheiro, só falta vontade política para colocar o dinheiro no setor saúde.

**Qual a sua proposta para a prevenção da doença renal?**



**O SUS é o maior plano de Saúde do Mundo. Atende mais de 300 milhões de consultas e faz mais de 2,5 milhões de partos por ano.**

**Natalini** – Eu fiz um projeto de lei na Câmara Municipal para a criação de um programa municipal de prevenção à doença renal. Sabemos que a doença renal termina na hemodiálise ou no transplante, que são procedimentos custosos. Mas podemos detectar a doença renal precocemente reduzindo a aceleração da moléstia para suas fases que demandam diálise e transplante. O meu projeto é simples, prevê educação a respeito da doença, capacitação da rede pública e prevenção inclusive com testes populacionais realizados em massa como já andamos com diabetes e hipertensão. E isso deve ser feito também com a doença renal propiciando atendimento nos vários níveis de evolução da doença. Por enquanto o projeto está em tramitação e espero que até o fim do ano, ou no máximo até o primeiro semestre do ano que vem nós consigamos aprovar esse projeto para ser sancionado pelo prefeito.

**Por ser um procedimento caro, o atendimento ao renal crônico é difícil principalmente para as unidades de diálise que recebem com atraso o repasse das verbas. Como você acha que seria possível minorar o problema?**

**Natalini** – A questão é que o dinheiro do pagamento da terapia renal vem do Governo Federal, do Ministério da Saúde. Não há dinheiro novo no sistema, o número de doentes é maior, então bate naquilo que falei no início. Como o cobertor é pouco para cobrir o sistema inteiro e como o procedimento é mais caro a crise é inevitável. Nossa esperança é que o projeto de lei 206/08 seja votado do jeito que veio do senado. Agora a colocação da criação de um novo imposto ou reposição da velha cpmf está atrapalhando e dificultando as negociações no parlamento. A Frente parlamentar de saúde já se pronunciou a favor do projeto, mas contra a criação de novos impostos, então é a discussão política que está atrapalhando o processo.

**Qual seria a meta de gastos por pessoa que deveriam ser aplicados pelo governo para o atendimento à saúde?**

**Natalini** – Hoje o gasto total por habitante /ano é de 220 reais, o que dá em torno de R\$ 1 por dia. Já na França o valor é de US\$ 1,5 mil e no Canadá US\$ 1,9 mil por ano. Se não quisermos comparar com o primeiro mundo, que fiquemos apenas no Cone Sul, onde US\$ 400 são gastos em alguns países e US\$ 600 em outros. O Brasil se chegasse aos US\$ 400 dobraria praticamente o dinheiro, mas o Brasil não tem condições disso porque o nosso sistema atende muita gente, são 150 milhões de pessoas. Então, podem dizer, que o Brasil não tem esse dinheiro todo, mas eu acho que se chegasse a US\$ 300 a folga já seria muito grande. Com essa verba já começamos a destravar nós, como o gargalo da média complexidade, dos exames de ultrassom que hoje tem filas homéricas. Podemos acabar com os gargalos das cirurgias eletivas, no qual os pacientes enfrentam filas intermináveis apenas para operar vesícula, próstata e varizes apenas para exemplificar. Se tivermos um aumento em torno de US\$ 300 é pouco, mas já iríamos começar a pensar em algumas alternativas para resolver esses gargalos. Se chegarmos a US\$ 400 o SUS chegaria a ser um plano de saúde que iria desbancar os planos privados que hoje repassam para o sistema público suas demandas de alta complexidade. O SUS hoje opera um milagre com a atual verba que possui.

# CRISE ABATE TRS EM DRACENA

A cidade de Dracena é sede de uma microrregião formada por 11 municípios, habitada por cerca de 120 mil almas, situada no extremo oeste paulista. Foi lá que um grupo pioneiro de nefrologistas, liderado pelo Dr Antonio Américo Alves, fundou no ano de 1987 o primeiro serviço de terapia renal substitutiva (TRS), oferecendo perspectiva de vida aos pacientes renais da região. O serviço situado no interior da Santa Casa de Dracena sedimentou-se, cresceu e aperfeiçoou suas formas de atuação regional e ganhou merecido prestígio na população e na comunidade médica regional e estadual.

Atualmente o serviço conta com três nefrologistas titulados e todos os recursos humanos e materiais compatíveis com a legislação vigente. Atende a 73 pacientes em hemodiálise, nove em diálise peritoneal contínua e mantém ambulatório de tratamento conservador com cerca de 50 consultas/mês.

Ao longo destes 21 anos de existência, o serviço enfrentou as chuvas e tempestades a que estão sujeitos àqueles que dedicam seu trabalho às incertezas do sistema público de saúde, mas nada parecido com o vendaval que se abateu sobre o serviço desde janeiro de 2008. Data deste mês o início da gestão municipal sobre o serviço de diálise de Dracena até então subordinado a Secretaria Estadual de Saúde.

No período anterior ao início da gestão municipal, a Secretaria Estadual executou cortes sistemáticos nos valores devidos pelo tratamento previamente autorizado pelo gestor, sob a discutível justificativa da falta de recursos que deveriam ser aportados pelo Ministério da Saúde. Em três anos, o Serviço de TRS foi desfalcado de cerca de 70% de um faturamento mensal inteiro, ao sabor de medidas unilaterais de viés autoritário, discutíveis sob o aspecto jurídico – inconcebíveis em qualquer país sério.

O mesmo estratagemas foi usado na grande maioria dos servi-



ços de diálise do interior paulista sob gestão estadual, o que no médio prazo fragilizou as finanças dos serviços de diálise de maneira geral.

No processo de municipalização, a Secretaria Estadual de Saúde repassou para o gestor municipal o teto financeiro de apenas R\$ 98 mil mensais, equivalente a 82% do valor de financiamento do tratamento dos pacientes da ocasião. O resultado lastimável da operação foi o corte de um faturamento mensal em quatro meses de produção (cerca de R\$ 120 mil) debilitando de maneira substancial o serviço agora ameaçado de encerrar suas atividades por absoluta impossibilidade de financiar o tratamento de pacientes do SUS.

Na luta para reverter tamanho descalabro foram acionados: Conselho Municipal de Saúde, secretário municipal de saúde, prefeito, vereadores e o deputados da região. Nada, no entanto, tem sido suficiente para sensibilizar as autoridades estaduais para readequar os tetos financeiros, o que certamente conduzirá ao fechamento inexorável da unidade pela falência do grupo.

**MOBILIZAÇÃO** - E não adiantará nenhuma ameaça de retaliação por parte de gestores autoritários, para obrigar o serviço a tratar de pacientes graves sem os recursos necessários. Caberá a comunidade local a organização e mobilização efetiva da população em movimentos de repercussão em defesa de um serviço de saúde fundamental para a região. Há dois anos vitimada por perseguições políticas locais a Unidade de Diálise Distal de Jacaré, teve o apoio da população mobilizada nas ruas em defesa do equipamento de saúde. Em caso de quebra, o exemplo da crise de Dracena será apenas o caminho a ser percorrido na destruição do sistema brasileiro de diálise.

## TRANSFUSÃO EM TESTEMUNHAS DE JEOVÁ, CONFLITO ÉTICO MORAL

por **Dr Benedito de Pina Almeida Prado Júnior** - Médico Hematologista do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Advogado



O ordenamento jurídico brasileiro determina o respeito aos valores: Inviolabilidade e Dignidade da Vida Humana. Porém, há situações de fato, onde o respeito a uma delas significa lesão à outra, exigindo ponderação diante do caso concreto, para decidir qual prevalecerá. Nesse sentido, é proibida a prática de atos médicos na ausência de um Consentimento Informado, entretanto, no iminente perigo de vida há entendimento, não unânime, que o médico tem o dever de intervir, sob pena de sofrer ação penal pública incondicionada por lesão corporal ou homicídio culposo. As Testemunhas de Jeová que, por objeção de consciência, com fundamento religioso, recusam transfusão, representam um paradigma dessa situação. Assim, esgotadas as alternativas terapêuticas, observa-se um grande desconforto, quando o médico se sente obrigado a transfundir o paciente contra sua vontade válida. Através da análise do problema vivenciado por essa comunidade, estudamos o fenômeno jurídico relacionado a esse conflito ético-moral. Pesquisamos essa realidade social, buscando fatos exemplificativos pelo relato de profissionais de saúde, literatura especializada brasileira, estrangeira e outras fontes. Verificamos em nosso judiciário, a existência de ações penais contra médicos e familiares de pacientes que respeitaram a autonomia e a ausência de condenações cíveis e penais por tê-la desrespeitado. Portanto, no perigo iminente de vida, há segurança jurídica somente para o médico que transfunde. Entretanto,

persiste o problema ético do desrespeito a autonomia, enquanto no meio científico luta-se para respeitá-la. Nos sistemas jurídicos alienígenas, onde vigora o estado de direito, percebemos que, regra geral, a autonomia da vontade é respeitada, com exceções fundadas no interesse público. Observamos situação de fato, excepcional, onde o médico, por objeção de consciência, fez prevalecer sua vontade à da paciente, dentro de um contexto puramente ético, onde qualquer delas poderia prevalecer. Constatamos também grande preocupação com a garantia da manifestação da vontade livre desses pacientes, sem vícios e sem sanções, relacionadas à falta de privacidade, confidencialidade e, fundamentalmente, à possibilidade de sanção religiosa. Concluímos tratar-se de uma relação complexa de direitos, envolvendo bens jurídicos dos mais relevantes, como a Inviolabilidade da Vida Humana, representado pelos bens Integridade Corporal e Vida, contrapostos à Dignidade da Vida Humana, representada pelos bens jurídicos Liberdade de Consciência, Liberdade de Crença, Autonomia, Intimidade, Privacidade e Honra, cujos titulares são os pacientes, a associação religiosa, a classe médica, o Estado e, eventualmente, terceiros interessados. Entendemos que essa matéria envolve interesse público difuso, portanto, propomos que qualquer dos legitimados, através de Ação Civil Pública, reivindique a solução jurídica devida pelo Estado, embora reconheçamos que, entre homens de boa vontade, possa haver uma solução pactuada."

Como conclusão, o Dr. Benedito comenta que, "basicamente, em algumas situações, podemos respeitar a vontade do agente capaz e competente que não está em erro (reconhece a falta de alternativa eficaz e aceita a possibilidade de morte pela falta de transfusão), enquanto, em

outras situações, deve prevalecer a vontade do Estado, na proteção dos interesses dos menores, dependentes e nascituros.

Minha proposta é um pacto que envolva o Ministério Público (MP), titular da ação penal, os líderes Testemunhas de Jeová e representantes do Conselho Federal de Medicina, onde cada parte abre mão de certas posições inflexíveis para buscar um solução harmônica.

O MP abre mão de denunciar o médico que respeita a vontade do agente capaz e competente que não está em erro; os médicos passariam a respeitar essa vontade, após procedimento de verificação da validade desta vontade e os líderes Testemunhas de Jeová orientariam seus seguidores a ensinar a doutrina, mas deixar a decisão para livre escolha do paciente, sem questionar posteriormente se aceitou transfusão ou não, assim, abrindo mão de punir aqueles que aceitam transfusão.

Pelo que compreendi de nossa legislação, ela não precisa de nenhuma modificação para que isso seja possível. Entendo que a disposição de denunciar os médicos por omissão de socorro, prevalente hoje, decorre de interpretação equivocada do que é omissão de socorro.

Enquanto esse pacto federal não acontece, proponho que cada instituição hospitalar, através de seus Comitês de Ética, fomentem uma discussão que envolva o corpo clínico e a comunidade local de Testemunhas de Jeová e quem sabe o MP local, buscando preservar o sigilo médico daqueles que aceitam transfusão de forma a impedir a sanção religiosa no seio de sua comunidade. Isso somente pode ocorrer se houver alguma limitação de acesso dos representantes das Testemunhas de Jeová e até mesmo de familiares ao paciente, sem dúvida pactuada previamente, de forma a permitir a decisão autônoma do paciente."

## ARTIGO

# MAZELAS DO SUS AMEAÇAM O SISTEMA DE DIÁLISE

por Dr. Ruy Barata

Batido por mazelas crônicas, o sistema de diálise, que atende mais de 70 mil pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) no País, começa a exibir evidentes sinais de exaustão. A eficiente conjugação de fatores - como falta de planejamento governamental; insuficiência nas tabelas de remuneração; insuficiência de tetos financeiros para estados e municípios; e desorganização administrativa - se encontra na raiz de uma crise que ameaça de ruína um sistema construído a duras penas ao longo dos últimos 30 anos. "Nunca antes na história deste país" estes fatores reagiram entre si tão velozmente em cadeia e, sob a ação de fortes catalisadores, ganharam autonomia e potencialidade destrutiva.

No Estado de São Paulo e no Brasil, o elo mais frágil da cadeia e fim último da produção destes serviços - qual seja o conjunto de pacientes brasileiros - já foi atingido há algum tempo sem estardalhaços. A real falta de vagas para seu atendimento é a consequência funesta que não sai nos jornais a não ser quando o caso atingiu a escatologia necessária para a produção da notícia. As centrais de vagas acumulam solicitações desesperadas de tratamento de pacientes, mas não tem meios para locá-los nas unidades de nefrologia, pois as vagas estão todas ocupadas. Os hospitais referenciais estão lotados de pacientes que não podem ter alta sem definição de vaga em unidade de diálise, sob pena de aumento do risco dos mesmos. Hoje os renais novos só tem possibilidade de entrar em tratamento dialítico caso haja morte ou, o que é menos freqüente, o transplante de rim de algum dos pacientes em diálise. O resultado incontornável e não denunciado é a morte de contingentes cada vez maiores de pacientes tratáveis, ao sabor de uma incidência mundial em ascensão e no Brasil devido a falta de equipamentos de saúde necessários.

O desastre anunciado assume proporções ainda não medidas, mas já detectadas pelos números obtidos do censo nefrológico do ano passado, publicado em revista interna da sociedade brasileira de nefrologia, em linguagem blindada aos leigos. Tais números revelam pela primeira vez uma nítida redução da taxa média anual de entrada de pacientes em programa de tratamento, em consequência da falta de ampliação proporcional do número de novas vagas pelo SUS e, em alguma medida pela fuga de vagas SUS em direção aos convênios e planos de saúde. São fatores consistentes que explicam o baixo e vegetativo incremento do stock nacional de pacientes, que ao contrário de representar o controle da doença anunciam uma mortandade difusa, silenciosa e ainda não contabilizada.

Vale lembrar que mais de 2/3 das Unidades de Diálise do país são privadas, sobre as quais, na ausência de alternativas estatais, recai a responsabilidade de atender compulsoriamente pacientes com real necessidade, com financiamento insuficiente, ou sem remuneração nenhuma (cortes) ou com atrasos imperdoáveis de mais de dois meses como é o caso da cidade de São Paulo.

No médio prazo a consequência natural é o sucateamento dos caros equipamentos das unidades de diálise, o descontentamento de profissionais médicos e pára médicos submetidos a condições incertas de trabalho e renda, a precarização inevitável do tratamento e a desestabilização das instituições prestadoras de serviços ao SUS.

No estado de São Paulo além da referida insuficiência de tabelas, coexistem três fatores letais para o sistema de atenção a renais por diálise a saber:

### NA CAPITAL:

1- Atraso no pagamento das unidades de diálise

além de qualquer prazo minimamente suportável. Quando os recursos são enviados pelo Ministério da Saúde em tempo hábil, o injustificável atraso oscila entre 10 e 12 dias após a disponibilidade da verba, tempo suficiente para rebentar a estrutura financeira das unidades que se vêem obrigadas a recorrer a empréstimos bancários mensais a juros altos para processar a folha de pagamento dos funcionários. A cronicidade desta prática determinou de longa data a fragilização real das finanças das Unidades de Diálise.

2- Quando simultaneamente ocorre o inaceitável retardado no repasse das verbas pelo Ministério da Saúde para a prefeitura, aí o desastre é total pois o atraso no pagamento chega a atingir mais de 60 dias como vem ocorrendo há três meses. Por exemplo: os recursos devidos pelo Ministério da Saúde para pagamento

Em outras palavras repassa-se às instituições privadas a obrigação de tratar os pacientes através de procedimentos caros sem o necessário financiamento.

2 - A duração crônica dos calotes desestabilizaram de maneira quase definitiva algumas Unidades de Diálise do interior do estado como é o caso de Dracena (matéria na página....) A inadimplência é o fantasma que assombra a todo o sistema de diálise. Não é compreensível que a Secretaria de Saúde organismo contratante autorize os tratamentos e em nome de suas dificuldades políticas opte, pelo corte puro e simples sem confissão de dívida, em desrespeito a contratos pré estabelecidos, aos pacientes e a si como instituição gestora sobre quem recairá a responsabilidade pela quebra da rede de diálise do estado.

### NO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

1- Há mais de dois anos sem reajuste no valor do procedimento, as Unidades de Diálise só conseguiram sobreviver graças a alguns fatores conjunturais a saber

a) organização de mesas de compras e leilões entre grupos de unidades para o enfrentamento dos preços elevados. b) a entrada de novos fornecedores e fabricantes no mercado antes oligopolizado; c) a queda do dólar que determinou alguma folga na escalada de preços de materiais importados.

Na outra ponta o crescente aumento da folha de pagamentos e a inclemente carga tributária que não se reduz mesmo com as unidades trabalhando com 85% de clientela SUS, acabaram neutralizando as melhorias alcançadas no manejo da gestão e na abertura do mercado evidenciando a inadequação dos valores de remuneração diante das exigências do bom tratamento -direito de todos e dever do estado

2-A insuficiência dos tetos financeiros destinados a estados e municípios é uma evidência inegável e injustificável. Em nome dela é que os governos estaduais e municipais aplicam cortes e calotes. Na gestão de José Serra no ministério da saúde, depois de intensa batalha travada pelas gestões da SBN da época, os procedimentos dialíticos foram inseridos na rubrica financeira do "extra-teto" o que significava o reconhecimento de sua característica estratégica e de pagamento inadiável como os transplantes. Pouco tempo depois sem nenhuma explicação séria o MS retirou a diálise da rubrica de procedimento estratégico e jogou às feras pacientes e serviços especializados

A combinação mortal de todos estes fatores, cuja responsabilidade os gestores federais, estaduais e municipais se transferem mutuamente, num interminável jogo de empurra é determinante da eminente quebra do sistema de atendimento por diálise dos pacientes renais.

Num país que superou a dívida externa, que bate recordes de arrecadação, que lança o "grande salto para a frente", que aprofunda os instrumentos democráticos de entendimento nacional, não é compreensível tamanho descaso com a saúde da população nem o desrespeito a contratos públicos como ocorre neste momento no segmento de tratamento dos pacientes renais. Por outro lado também não se compreende a desmobilização da sociedade civil e, salvo raras exceções, a apatia das entidades de representação social e política. É chegado o momento propício para uma ampla reflexão, estimulação de lideranças regionais e reformulação dos programas de ação das entidades nacionais.

2 - Corte realizados pela Secretaria Estadual de Saúde nas faturas devidas as Unidades de Diálise sob gestão estadual por tratamentos pré autorizados, realizados e vitais para os pacientes renais. A inaceitável prática consiste em repassar para os prestadores de serviço o ônus da crise que se estabelece entre estado e união no contencioso por verbas que deveriam vir do governo federal, cujos tetos financeiros, e projeções epidemiológicas são mal calculados, mal pagos e instrumentalizados politicamente. Sob o aspecto legal significa quebra unilateral de contrato através do expediente de calote financeiro mensal e que já perdura por mais de quatro anos.



dos serviços prestados pelas unidades de diálise do município de São Paulo no mês de março (2008), só foram depositados nos cofres da prefeitura no dia 2 de Junho portanto mais de 60 dias de atraso os quais somados aos 12 dias médios de processamento pela burocracia da prefeitura resultam em cerca de 72 dias de atraso.

3- Sem reservas e com crédito exaurido, o pânico se estabelece na estrutura delicada das unidades com repercussões nos vários segmentos envolvidos no sistema: funcionários, fornecedores, credores e pacientes. A única alternativa possível de repor algum gás no sistema seria o pagamento simultâneo das duas faturas mais atrasadas (março e abril) nos próximos dias do mês de junho. Do contrario o horizonte promete o caos.

### NOS MUNICÍPIOS

1 - Corte realizados pela Secretaria Estadual de Saúde nas faturas devidas as Unidades de Diálise sob gestão estadual por tratamentos pré autorizados, realizados e vitais para os pacientes renais. A inaceitável prática consiste em repassar para os prestadores de serviço o ônus da crise que se estabelece entre estado e união no contencioso por verbas que deveriam vir do governo federal, cujos tetos financeiros, e projeções epidemiológicas são mal calculados, mal pagos e instrumentalizados politicamente. Sob o aspecto legal significa quebra unilateral de contrato através do expediente de calote financeiro mensal e que já perdura por mais de quatro anos.

## HOMENAGEM

### VICENTE MASSOLA: BIOGRAFIA E SAUDADE

Vicente Cesar Massola, nasceu em Jaú, no dia 12 de junho de 1937, onde fez seus estudos até o colegial, vindo para São Paulo, quando ingressou na Faculdade de Medicina daUsp no ano de 1955.

Recém-formado foi para Boston onde fez especialidade quando desenvolveu seu talento se tornou o maior especialista nos métodos hemodialíticos no Brasil. Ensinou o método para várias gerações que o consideraram guri e professor incomparável dos aspectos biofísicos envolvidos com o método dialítico

Depois na carreira acadêmica concluiu Mestrado e Doutorado. Trabalhou 43 anos no HC, da Usp na Clínica de Nefrologia, onde além das atividades específicas da área era responsável pela matéria de Métodos Dialíticos na PósGraduação.

Sua maior vocação era para o ensino, que fazia com grande empenho e sucesso junto aos alunos, estagiários e quaisquer outros que por ele fosse solicitado. Estudioso compulsivo e profundo conhecedor de fisiologia, encantava seus alunos que as vezes se "assustavam" com as fórmulas e soluções próprias que iam surgindo no desenvolver de suas aulas.

Em toda sua vida teve o carinho de seus pacientes nos locais onde trabalhou quer nas instituições públicas como Hospital das Clínicas Hospital do Servidor Estadual de São Paulo, (onde desempenhou o papel de coordenador e chefe da Clínica de Nefrologia), como também na atividade privada na qual com sucesso dirigiu Clínicas de Diálise, com competência carinho e muito respeito.

Sua capacidade como médico e professor é reconhecida por todos os colegas, pacientes e todos aqueles que com ele conviveram. Na vida privada além da intensa atividade afetiva familiar cultivou o gosto pela astronomia e a paixão pelo cinema. Extremamente dedicado à família deixa uma grande saudade para todos que o conheceram e uma lacuna de difícil preenchimento na especialidade a que se dedicou



### ONUChIC AGRACIADO EM ESTOCOLMO

A Nefrologia brasileira tem mais um motivo para se orgulhar. Luis Onuchic nefrologista brasileiro teve seu trabalho( em colaboração) agraciado como um dos melhores apresentados no 45º Congresso EDTA-ERA recentemente ocorrido em Estocolmo-Suécia O prêmio traz a seguinte descrição: "Dr. Luiz Onuchic is awarded by the paper Selection Committee of the ERA-EDTA for the outstanding scientific presentation, as one of the eight best abstracts of the 45th Congress".

O trabalho, intitulado "The Pkhd1 complex transcriptional mechanism gives rise to alternative transcripts with preserved open reading frame, a pattern disrupted by a frameshift mutation" contou também com a colaboração dos pesquisadores Ravindra Boddu (University of Alabama at Birmingham), Ivone Fonseca (Disciplina de Nefrologia-FMUSP), Gregory Germino (Johns Hopkins University) e Lisa Guay-Woodford (University of Alabama at Birmingham). O Dr. Onuchic credencia-se internacionalmente entre notáveis pesquisadores da nefrologia que se dedicam aos fatores envolvidos na fisiopatogênese dos Rins Policísticos.

O Dr. Onuchic graduou-se pela Faculdade de Medicina da USP em 1984, fez residência médica em Clínica Médica Geral em 1988. Após a pós-graduação, realizou pós-doutorado em Nefrologia Molecular pela Yale University School of Medicine, foi fellowship em Nefrologia Clínica pela Johns Hopkins University School of Medicine (1997) e fez mais um pós-doutorado em Patogênese Molecular das Doenças Renais Policísticas pela Johns Hopkins University School of Medicine. Com o título de Livre Docente é atualmente Professor Associado da Disciplina de Nefrologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP e responsável pelo Laboratório de Nefrologia Celular, Genética e Molecular da Faculdade de Medicina da USP (Laboratório de Investigação Médica)

Produzidos sob os mais rígidos padrões de qualidade, os produtos Farmarin oferecem as mais variadas formulações, resultado de investimentos em pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias visando sempre a melhoria da qualidade de vida dos pacientes renais.

# FARMARIN

## Há 20 anos em constante evolução

- FARMAVEIN - Equipos de infusão.
- FARMAPRESS - Isolador condutor de pressão.
- FARMACATH 2 - Cateter duplo lúmen para hemodiálise e aferese.
- FARMACATH 3 - Cateter triplo lúmen para hemodiálise e aferese.
- FARMAPLIC - Agulha de fistula.
- FARMASET AR - Linha de sangue arterial.
- FARMASET VE - Linha de sangue venoso.
- FARMABAG A - Bolsa para nutrição parenteral automática.
- FARMABAG G - Bolsa para nutrição parenteral gravitacional.

**FARMARIN**  
INDUSTRIA E COMERCIO LTDA.

Rua Pedro de Toledo, 600  
Cep 07140-000 - Guarulhos - SP  
SAC: 0800 101 106  
vendas@farmarin.com.br  
farmarin@farmarin.com.br  
www.farmarin.com.br