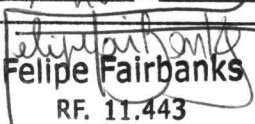


PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 20 / 04 / 18
Pág. 131 Col. 4
Conferido ⓪

Inácio Veiga
RF. 11.132

RECEBIDO
Comissão de Finanças e Orçamento
Em 24/04/18 às 14:10

Felipe Fairbanks
RF. 11.443

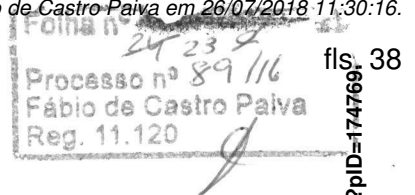
Ao Vereador / À Vereadora

OTA
Para Relatar.
Sala da Comissão de Finanças e Orçamento
Em 24/04/18

Presidente

Obs: Prazo de 8 dias para manifestação, nos termos do § 3º do artigo 63 RI

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Segue m juntado A, nesta data documento A rubricado r
sob nº 23 a 59 e folha de informação nº 1
em 23/7/18
Nome Fábio de Castro Paiva
RF FÁBIO DE CASTRO PAIVA SGP-12
RF 11.120
Secretário



São Paulo, 11 de maio de 2018.

Ofício de SGP 12 nº 210/2018

Senhor Prefeito,

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento, nos termos do art. 68 do Regimento Interno e nos termos do art. 32, § 2º, inciso III, da Lei Orgânica do Município, encaminho a Vossa Senhoria pedido de informações sobre o **Projeto de Lei nº 89/2016**, de autoria do Vereador Natalini, que "Exige que estabelecimentos comerciais fixem nos pontos de venda de carambola e outros produtos dela derivados, cartaz de alerta, em especial aos portadores de doença renal crônica, quanto aos riscos de seu consumo, com validade".

A fim de instruir este ofício, encaminho cópia do pedido de informações, do projeto de lei e da respectiva justificativa.

Na oportunidade, renovo meus votos de distinta consideração e coloco a seu dispor, para as informações que julgar oportunas, a Secretaria dessa Comissão.

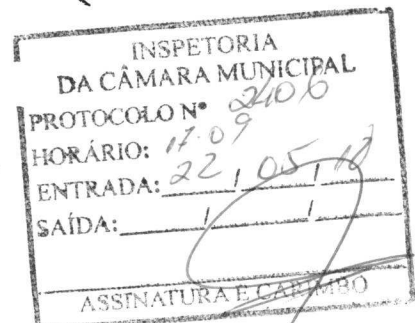
Atenciosamente,

[Handwritten signature of Milton Leite]
MILTON LEITE
 Presidente



[Handwritten signature of Kátia M.S. Garcia]
Kátia M.S. Garcia
 RF. 799.687.0
 Casa Civil – ATL Chefia

Ao Senhor
Bruno Covas
 Prefeito da Cidade de São Paulo
 CEP 01415-001 - São Paulo-SP - 9ª - ATL
 Tel.: 3113-8000
 E-mail: prefeito@prefeitura.sp.gov.br





**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

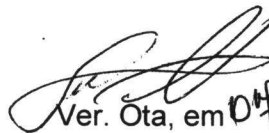
Senhor Presidente:

Solicito de V.Exa. as providências cabíveis a fim de que o Executivo responda aos seguintes quesitos sobre o Projeto de Lei nº 89/2016:

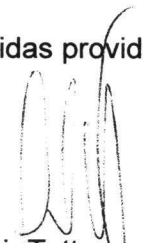
1º) Qual o impacto orçamentário-financeiro de implementar as disposições da propositura, principalmente com a fiscalização?

2º) Há ações do Executivo, implantadas ou em planejamento, que venham ao encontro das propostas defendidas no projeto de lei?

3º) Qual a opinião do Executivo sobre a matéria?


Ver. Ota, em 04/05/18
Relator

Senhor Presidente:
Encaminho-lhe para as devidas providências.


Ver. Jair Tatto, em 16/05/18
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento



Prefeitura do Município de São Paulo

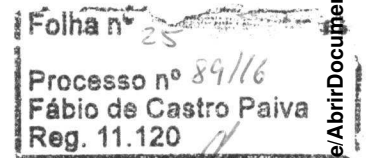
fls. 40

São Paulo, 19 de julho de 2018.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. T. L. n° 3231 2018-C

Ref.: Ofício SGP-12 n° 210/2018



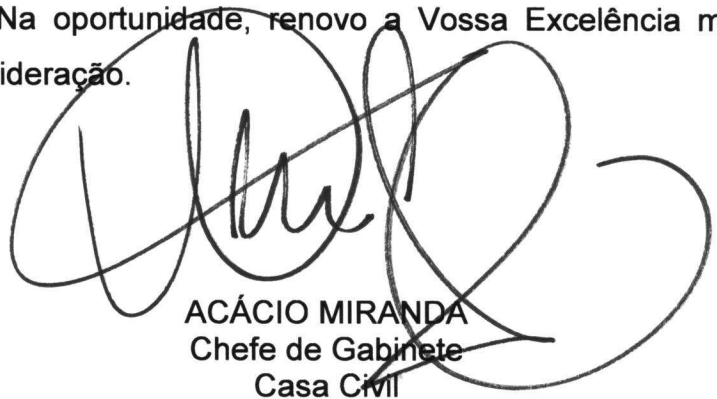
Senhor Presidente

DOCREC

606/2018

Reportando-me ao ofício acima referenciado, em atenção ao pedido de subsídios da Comissão de Finanças e Orçamento, encaminho a essa Presidência cópia das informações prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde sobre o Projeto de Lei n° 89/2016, de autoria do Vereador Natalini, que exige que estabelecimentos comerciais fixem, nos pontos de venda de carambola e produtos dela derivados, cartaz de alerta, em especial aos portadores de doença renal crônica, quanto aos riscos de seu consumo, com validade no âmbito do Município de São Paulo.

Na oportunidade, renovo a Vossa Excelência meus protestos de apreço e consideração.



ACÁCIO MIRANDA
Chefe de Gabinete
Casa Civil

Ao

Excelentíssimo Senhor

VEREADOR MILTON LEITE

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

GGSM/MSB/las
Resp 89-16

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

TID 17476072 em 23/03/2018

Do Memo: 217/2018

À Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA

Senhora Coordenadora Cristina Emiko Maruyama Shimabukuro

A propositura de **assunto de teor igual** ao presente PL 89/2016 (Projeto de Lei 290/2014) foi apreciada no ano de 2015. Esta Divisão encartou parecer no Processo 2015.0.148.978-6 na data de 26/06/2015 juntamente com manifestação do médico, Dr. Marcelo Klinger, que atua na área de vigilância de serviços de saúde da Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA da Secretaria Municipal da Saúde – SMS. A Secretaria Municipal da Saúde – SMS à época manifestou parecer de veto total à propositura, em folha 04 a 09, que continha assunto de igual teor do presente PL 89/2015.

Na manifestação - corroborada por esta Divisão - o médico, Dr. Marcelo Klinger, profissional da saúde e Autoridade Sanitária municipal com atuação na vigilância dos serviços de hemodiálise, serviços de urgência e emergência e serviços médicos de todos os tipos, exarou parecer no Processo 2015-0.148.978-6 sobre o PL 290/14 ressaltando que em relação as pessoas com condições renais específicas e as questões alimentares:

“(…) Cabe aos serviços de saúde responsáveis pelo seguimento destes pacientes orientá-los (…)” (Fonte: documento encartado no Processo 2015-0.148.978-6).

Em relação a carambola - que contém substância neurotóxica *normalmente* eliminada pelos rins e que, portanto, deve ser evitada por **pacientes com Doença Renal Crônica (público interessado)**, pois eles teriam *dificuldade em eliminá-la do organismo* – o médico destacou a importância de estratégia dirigida aos serviços e aos profissionais de saúde e que:

“(…) seja mais efetivo para que esta informação chegue ao público interessado, do que uma lei obrigando a divulgação geral de avisos nas paredes, na forma de um longo texto. Caso obtivesse algum efeito, seria o equivalente a condenar a ingestão da citada fruta, e consequentemente a sua produção, o que não parece ser o objetivo do PL em questão” (Fonte: documento encartado no Processo 2015-0.148.978-6).

Assim está Divisão informa que mantém e acompanha a manifestação do Dr. Marcelo Klinger de 26/06/2015 e o parecer da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal da Saúde – SMS de 02/07/15, de folhas 04 a 09, quanto ao VETO INTEGRAL da propositura de assunto de igual teor. A fim de instruir o expediente TID 17476072 colaciono o parecer do médico Dr. Marcelo Klinger de 26/06/2015 juntado no Processo 2015.0.148.978-6:

“(…) Folha de Informação nº 12

26/06/2015

Do Processo: 2015-0.148.978-6

Assunto: Projeto de Lei nº 290/2014

(…)

A doença renal crônica que se manifesta pela perda progressiva da função renal, conhecida por Insuficiência Renal, tem evolução crônica e apresenta diversas etiologias. No nosso meio, decorre principalmente de complicação da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes melitus. Afeta os pacientes em diversos graus de comprometimento, culminando com a falência total incompatível com a sobrevivência e a necessidade obrigatória de terapia renal substitutiva (diálise) ou de transplante renal. Estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas no Brasil tenham algum tipo de comprometimento da função renal, muitas vezes desconhecido por elas mesmas e que cerca de 90 mil estão em programa de diálise.

Todas as funções renais são afetadas pela insuficiência renal. Os rins não têm somente função excretora. Participam no controle da pressão arterial, no balanço de água e de sais minerais, como sódio, cálcio, magnésio e potássio e no metabolismo de substâncias, hormônios e medicamentos. Produz também hormônios que estimulam a produção do sangue e vitaminas que regulam a composição dos ossos.

O paciente com doença renal crônica necessita de cuidados especiais e sofre uma série de restrições no campo dietético. Além das restrições inerentes à doença de base como a hipertensão e o diabetes, no caso o sal e o açúcar, variando conforme o grau de comprometimento, a ingestão proteica também é limitada, assim como a de sódio, de potássio, de fosfatos e muitas vezes até a de água. Assim, necessita

acompanhamento profissional multidisciplinar médico e dietético, cujo principal objetivo é justamente orientar o paciente na adequação ou na substituição da dieta por alimentos "aceitáveis", que garantam um aporte calórico satisfatório e uma boa qualidade de vida.

Recentemente alguns pesquisadores detectaram que a carambola contém substância neurotóxica normalmente eliminada pelos rins e que portanto deve ser evitada por pacientes com doença renal crônica, pois eles teriam dificuldade em eliminá-la do organismo. Esta é uma informação bastante relevante. Cabe aos serviços de saúde responsáveis pelo seguimento destes pacientes orientá-los a evitar este alimento, assim como já o fazem em relação a muitos outros. Considerando a carambola como um alimento não tão freqüente no cardápio de nossa população, acredito que um estímulo à divulgação desta informação através de campanhas de esclarecimento dirigidas aos serviços e aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e nutricionistas, assim como às associações de pacientes renais crônicos, sociedade médica de nefrologia e de nutrição, seja mais efetivo para que esta informação chegue ao público interessado, do que uma lei obrigando a divulgação geral de avisos nas paredes, na forma de um longo texto. Caso obtivesse algum efeito, seria o equivalente a condenar a ingestão da citada fruta, e conseqüentemente a sua produção, o que não parece ser o objetivo do PL em questão.

Acredito também que a obrigatoriedade deste tipo de aviso específico em relação à carambola é discriminatória em relação à ampla relação de alimentos que também devem ser evitados pelos portadores das mais variadas patologias ou mesmo por pessoas sadias, que para os quais, se acaso o aviso fosse igualmente obrigatório, seria impraticável. Smj.

Marcelo Klinger

RF: 606.349.7

COVISA- SMS (...)'' (Fonte: documento encartado no Processo 2015-0.148.978-6).

Ante o exposto, mediante uma avaliação mais apurada do assunto e diante de novas informações colhidas após a apropriação do parecer exarado em 02/07/2015 pela Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS (folhas 04 a 09) - encaminhado pelo Gabinete do Prefeito no TID 17476072 com cópia de manifestação anterior acerca de propositura de **igual teor** - esta Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde – DVPSIS da Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA, **MANIFESTA:**

- Concordância com o parecer sobre assunto **de igual teor** da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS (folhas 04 a 09) e pelo veto integral da propositura bem como do seu substitutivo (à época referente ao Projeto de Lei 290/2014 com assunto semelhante);
- A propositura contida no Projeto de Lei nº 89/16 **não deve prosperar** por se mostrar completamente **DESNECESSÁRIA** e **DESPROPORCIONAL**. A comprovação, clara e plausível, da desnecessidade e da desproporcionalidade é que os pacientes com Doença Renal Crônica estão em constante e frequente contato e exposição aos serviços de saúde e alta interação com os médicos e profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento e cuidado de cada paciente com essa condição. A depender do estágio da doença essas pessoas passam no mínimo **01 (uma) vez ao ano** pelo médico, podendo contemplar a realização de **exames semestrais, trimestrais e mensais**. Esse protocolo é estabelecido nas diretrizes do Ministério da Saúde - MS com discurrido no parecer anexo em folhas retro. Os pacientes com Doença Renal Crônica devem realizar exames médicos frequentes para monitoramento da própria doença e diante disso, os pacientes passam pela consulta e avaliação médicas. Ademais, somente um médico pode realizar diagnóstico de doenças e após o diagnóstico de Doença Renal Crônica o paciente é inserido em um plano de cuidado em serviço de saúde. Todas essas diretrizes estão determinadas em legislações, normas, manuais e protocolos do órgão nacional ordenador maior do Sistema Único de Saúde - SUS, o Ministério da Saúde - MS. Essas diretrizes são norteadoras dos serviços públicos e privados de saúde. Assim sendo cabe aos profissionais de saúde realizarem as orientações cabíveis para o paciente com Doença Renal Crônica acerca do cuidado, incluindo as questões alimentares. Esses profissionais possuem a formação e o conhecimento necessários para realizarem as orientações e informações de forma adequadas e esclarecem eventuais dúvidas e auxiliarem os pacientes diante das dificuldades de forma singular e esses fatores relativos a competência dos profissionais de saúde **não serão fatores garantidos, efetivos e seguros a serem aplicados pelos responsáveis pelos comércios varejistas de alimentos**. Esses comércios, na maioria empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais, contemplam responsáveis pelos comércios, em geral, sem formação na área da saúde e uma boa parcela desses comerciantes apresentam **baixa escolaridade** o que pode propiciar toda a sorte de interpretações, distorções e situações inapropriadas e possíveis consequências, tanto para a saúde da população exposta, como econômicas em relação a possível rejeição à fruta carambola. Fatores que, os comerciantes, na maioria não terão condições e tampouco formação apropriada para explicar as especificações sobre a Doença Renal Crônica e as questões relacionadas com a fruta carambola e portanto, diante de tamanha incerteza, desnecessidade e desproporcionalidade da propositura o **"tiro pode sair pela culatra"**. É preciso ressaltar que na maior cidade do Brasil, São Paulo, com 12,04 milhões de habitantes, quaisquer fatores indevidos que possam gerar desemprego e prejuízos aos produtores de frutas podem ser devastadores e propiciar inclusive que os comerciantes diminuam ou evitem adquirir e vender carambola para que não sejam fiscalizados e multados ou denunciados. O fato é que a informação no cartaz apesar de conter orientação pertinente para o paciente com Doença Renal Crônica o

Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 43

- aludido cartaz estaria disposto em **estabelecimentos comerciais**, em locais fora do contexto do cuidado em saúde e desacompanhado das orientações dos profissionais de saúde competentes;
- Pelo **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei nº 89/16 considerando que cabem aos profissionais de saúde realizarem as orientações sobre os cuidados com a alimentação para as pessoas com Doença Renal Crônica e que essas medidas já são adotadas nos serviços de saúde e ainda que os pacientes pela própria condição da doença (crônica) estão frequentemente expostos aos serviços e aos profissionais de saúde e portanto, julgamos que a propositura é definitivamente desnecessária e desproporcional - a exemplo do disposto no parecer sobre o assunto de igual teor exarado pela Secretaria Municipal da Saúde - SMS em folhas 04 a 09. O PL nº 89/16 enseja um ônus aos comerciantes e uma sobrecarga deverás desarrazoada aos comércios varejistas de alimentos, **empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais**, transferindo para esses segmentos e para os responsáveis pelos comércios (a grande maioria, desprovidos de formação na área da saúde e grande parcela com baixa escolaridade) pesadas responsabilidades que são da alçada dos serviços e profissionais de saúde. Como se não bastasse a pretensa propositura jogar indevidamente tal fardo sobre esses segmentos, diante da falta do aludido aviso, os comércios responderão pelas infrações e estarão sujeitos as penalidades de multas. Somado a isso a propositura certamente trará aumento de gastos da prefeitura, ou seja, trará ônus aos cofres públicos mediante a mobilização de Recursos Humanos e materiais para efetivar as medidas fiscalizatórias, os processos de autos de infração e as penalidades e os retornos para novas fiscalizações nos comércios para comprovar se cumpriram ou não a norma, implicando em mais gastos públicos em todas as etapas envolvidas, recursos humanos, materiais, veículos, combustível, autuações, entre outros, sobre uma medida, contida no Projeto de Lei nº 89/16, **desnecessária**, desarrazoada e desproporcional.

Por fim, sugiro que a **Secretária Municipal de Trabalho e Empreendedorismo - SMTE** tenha ciência e conhecimento da presente demanda tendo em vista que a SMTE está diretamente relacionada com os sacolões, feiras e mercados municipais que são fortes espaços de abastecimento e venda da fruta carambola, assim como a CEAGESP, na cidade de São Paulo.

São Paulo, 23 de março de 2018.

MARTHA VIRGÍNIA GEWEHR

Analista de Saúde - ANS 6
Nutricionista/CRN 3º Região Nº 16.697
Autoridade Sanitária/R.F. Nº 754.684.001
Gerência de Vigilância de Produtos
e Serviços de Interesse da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde- COVISA
Secretaria Municipal da Saúde - SMS
+Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP

ANEXO

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

TID 17476072 em 23/03/2018

Do Memo: 217/2018

Parecer técnico

Assunto: Projeto de Lei 89/2016

Em atendimento ao solicitado em fl. 11 devolvo o presente com parecer técnico abordando todos os seus aspectos.

Reconhecemos a nobre intenção do PL 89/2016 contudo a propositura não acolhe condições de prosperar.

A Doença Renal Crônica (DRC) segundo o Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2017):

"... é definida como a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) abaixo de 60 ml/min/1,73m², e/ou presença de lesão renal determinada pela proteinúria/dano estrutural, com duração acima de 3 meses;
➤ No Brasil, a prevalência da DRC é de 8,9% na população adulta;
➤ A taxa anual de crescimento da DRC no estágio terminal é de 3,6% ao ano;
➤ No país, existem aproximadamente 100.000 doentes renais crônicos dependentes de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo 85% dos pacientes assistidos exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2017)" - Grifo nosso

"Normativas:

- ✓ Portaria GM/MS 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) no SUS.
- ✓ Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC no SUS.
- ✓ RDC/Anvisa nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise (BRASIL, 2017)".

O cuidado do paciente com DRC no SUS está organizado em função do estadiamento da doença, segundo o cálculo da Taxa de Filtração Glomerular (TFG).

Tabela 1. Classificação da DRC

Estágio	TFG (ml/min/1.73 m ²)	
1	≥ 90	Atenção Básica
2	60 – 89	
3 a	45 – 59	
3 b	30 – 44	
4	15 – 29	Atenção Especializada
5	< 15	

Fonte: 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/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2017) a Atenção Básica:

- "> **Realiza o tratamento e o controle dos fatores de risco modificáveis para a DRC: diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo.**
- > **Realiza atividades educativas e apoia o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC.**
- > **Realiza classificação de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas (BRASIL, 2017).**" - Grifo nosso.

A propositura não deve prosperar tendo em vista o propósito da matéria já se encontra abarcado de forma adequada e satisfatória nas diretrizes do Ministério da Saúde - MS em conformidade aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, mesmo que, não se apresente no mesmo formato e com a mesma especificidade do conteúdo do projeto, porém, se apresenta devidamente e apropriadamente contemplado na **integralidade do cuidado** e na organização da linha de cuidado (BRASIL, 2014; OMS, 2003; SÃO PAULO, 2014) da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), considerando:

"(...) que a linha de cuidado é definida como a sequência que expressa o fluxo assistencial seguro e articulação com base na necessidade de saúde do indivíduo sendo potente instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde, facilitando o acesso do usuário às unidades e serviços" (SÃO PAULO, 2014);

"A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde" (OMS, 2003).

No âmbito federal, a Portaria do Ministério da Saúde 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*, amplia o atendimento à pessoa com doença renal crônica (BRASIL, 2014).

A partir do ano de 2014, estados e municípios poderão ofertar serviços de acompanhamento desses pacientes em diferentes estágios, além da diálise e transplante renal já disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e direcionados aos casos mais graves (BRASIL, 2014).

A Prefeitura do Município de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal da Saúde, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, já possui atuação na linha de cuidado da Doença Renocardiocascular, que inclui hipertensão arterial sistêmica, *Diabetes mellitus* e insuficiência renal crônica, em conformidade com a Portaria do Ministério da Saúde 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*, e que prevê a integralidade da atenção e equipe multiprofissional de saúde, com médicos, nutricionistas, enfermeiros, e com a Portaria SMS.G nº 1805, de 30 de agosto de 2014, que *Institui a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas que especifica* (BRASIL, 2014; SÃO PAULO, 2014).

Há que se considerar ainda que é privativo do profissional médico o diagnóstico de doenças, como rege na Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 que *Dispõe sobre o exercício da medicina*, e no inciso X do art. 4º, faz privativo do médico o ato de "determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico", ou seja, a determinação da doença que acomete o ser humano, e no inciso XIII, a "atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas (BRASIL, 2013)".

No Art. 3º da Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, dispõe que

"O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem (BRASIL, 2013)".

Neste sentido, a pessoa com diagnóstico de doença renal é inserida num plano de cuidado que considera a integralidade da atenção do cuidado, com atuação nos serviços de saúde que incluem acompanhamento multiprofissional, contemplando, entre várias ações, a orientação nutricional.

Quanto, a restrição alimentar relacionada com a fruta carambola e alimentos que contém na sua composição a fruta carambola, este cuidado já faz parte das orientações realizadas pela equipe multiprofissional de saúde e em especial também pelo profissional nutricionista.

Neste sentido, já são amplamente utilizadas e consagradas, condutas nutricionais adequadas e voltadas para as pessoas com doença renal, baseadas no conhecimento científico (CUPARI, 2002, 2013; KRAUSE, 2013).

Estas condutas abrangem orientações relacionadas a instituição de um plano alimentar adequado para as especificidades de cada paciente e os estágios da doença. No que tange as restrições nutricionais, referentes a determinado estágio da doença e sob indicação médica, entre várias restrições, a restrição ao consumo da carambola ou de alimentos que contenham na sua composição a carambola já é alvo de alerta e de atenção no manejo clínico nutricional junto aos pacientes e os familiares (BRASIL, 2014a, 2014b, 2014c; CUPARI, 2002, 2013; KRAUSE, 2013, SHILS, 2002).

Estas informações sobre a carambola e os efeitos tóxicos para pessoas com doença renal são largamente disseminadas durante a formação acadêmica do profissional nutricionista (CUPARI, 2002, 2013; KRAUSE, 2013; SHILS, 2002).

Assim sendo, a matéria do projeto já está devidamente inserida no arcabouço legal e técnico de forma satisfatória, no âmbito federal, nas Diretrizes Clínicas de Cuidados do Paciente com Doença Renal do Ministério da Saúde, por meio 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, e no âmbito municipal* e em consonância com os dispositivos desta portaria, também no âmbito municipal, na Linha de Cuidado das Doenças Renocardiavasculares da Secretaria Municipal da Saúde, por meio da Portaria SMS.G nº 1805, de 30 de agosto de 2014, que *Institui a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas que especifica* (BRASIL, 2014a; SÃO PAULO, 2014).

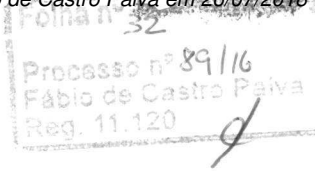
A Portaria SMS.G nº 1805, de 30 de agosto de 2014, insere no nível municipal as diretrizes previstas na Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, e ainda considera que:

“... as Redes Regionais de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado; - Grifo nosso.

... a linha de cuidado é definida como a sequência que expressa o fluxo assistencial seguro e articulação com base na necessidade de saúde do indivíduo sendo potente instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde, facilitando o acesso do usuário às unidades e serviços (SÃO PAULO, 2014).”

Isso posto, entendemos não haver compatibilidade do projeto de lei com a legislação federal e/ou estadual e municipal vigente relativa ao tema. À luz da legislação vigente o descrito no PL 89/2016 não encontra compatibilidade com o ordenamento legal federal, estadual e municipal, referente ao tema, no que rege a matéria na sua especificidade, sob o prisma da saúde pública, tendo em vista que o Ministério da Saúde - MS é o órgão responsável por adotar e recomendar medidas para prevenir doenças e promover a saúde da população em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, e este considera que a abordagem do cuidado da pessoa com doença renal deve garantir a integralidade do cuidado.

Ainda cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS por meio de seus órgãos normativos, o Ministério da Saúde - MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA vinculada ao Ministério da Saúde - MS expedir legislações e normas da alçada da SAÚDE PÚBLICA prerrogativa prevista na CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 e portanto, cabe a saúde pública *“... elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990)”*; *“... elaboração de normas técnicas E estabelecimento de padrões de qualidade E parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde (BRASIL, 1990)”* - grifo nosso - conforme a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 *“...A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: (...) VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1990)”*, *“XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; (...) VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 1990)”*.



Constituição Federal de 1988

"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.

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. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)"

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)". - Grifo nosso.

Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Institui o Sistema Único de Saúde - SUS:

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

(...)

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

49

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional (BRASIL, 1990)" - Grifo nosso.

Cabe ao Ministério da Saúde - MS expedir diretrizes acerca dos cuidados e do manejo da Doença Renal Crônica e o Ministério da Saúde -MS contempla esta integralidade do cuidado em norma federal, e rege que os estados e municípios devem atuar em consonância com estas diretrizes federais, adequando as suas especificidades.

Só existe uma forma de uma pessoa saber se apresenta a Doença Renal Crônica: **por meio do diagnóstico médico.**

Ora, a partir do momento que ocorre o diagnóstico médico de Doença Renal Crônica pelo profissional médico, o paciente automaticamente passa a ter um acompanhamento médico e o paciente é inserido em um plano de acompanhamento e de cuidado da doença em serviços de saúde e permanece em monitoramento por profissionais de saúde e por meio de exames, com realização de exames no **mínimo anualmente**, podendo ser necessários **exames trimestrais ou mensais** a depender do estágio da doença.

O paciente com doença renal, sob indicação e orientação médica, é inserido em procedimentos de atenção e cuidados que incluem o acompanhamento multidisciplinar e multiprofissional. Portanto, o paciente com doença renal atendido por equipe multiprofissional recebe acompanhamento nutricional, que por certo, dependendo do estágio de progressão da doença, da indicação e da orientação realizada pelo profissional médico para o paciente com doença renal, pode ser necessária a realização de adequação alimentar. Estas adequações, por vezes incluem algumas restrições, como por exemplo, a adequação das porções e da ingestão de determinados alimentos que são fontes de potássio, nas recomendações de Cuppari (CUPPARI, 2002). Entre estes alimentos, a carambola é citada por Cuppari (CUPPARI, 2002) em um alerta de atenção para que seu consumo seja abolido.

Cabe destacar, que as diretrizes, orientações e os procedimentos de cuidados previstos pelo Ministério da Saúde se estendem aos serviços privados de saúde, como prevê na Lei 8080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento (BRASIL, 1990)”. - Grifo nosso.

Faz parte do cuidado nutricional, as orientações realizadas pelos profissionais nutricionistas aos pacientes com Doença Renal Crônica. No primeiro contato com o paciente com Doença Renal Crônica o nutricionista deve esclarecer dúvidas sobre a necessidade de alterações no comportamento alimentar: líquidos, potássio, fósforo, sódio, carambola e carboidratos simples. Entregar material educativo neste momento é importante para que o paciente possa relembrar as informações quando necessário.

A assistência nutricional objetiva promover o cuidado nutricional aos pacientes com Doença Renal Crônica contribuindo com a eficiência do tratamento dialítico. Para que este objetivo seja alcançado, são estabelecidos como objetivos específicos:

- a) melhorar ou manter o peso seco, as proteínas viscerais, o estado vitamínico, hidroeletrólítico e de minerais;**
- b) melhorar os sintomas urêmicos e de acidose metabólica;**
- c) minimizar ou evitar efeitos secundários ao desequilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico, como doenças ósseas e edema pulmonar agudo;**
- d) monitorar o ganho de peso interdialítico;**
- e) minimizar sintomas gastrointestinais;**
- f) minimizar ou evitar níveis elevados de lipídios séricos;**
- g) promover educação nutricional continuada para pacientes, família e/ou cuidador; e**
- h) respeitar a identidade cultural e situação sócio-econômica do paciente (FAUSTINO et al apud MATO GROSSO DO SUL, 2011, p. 49).**

Nas condutas nutricionais, a intervenção dietética no paciente renal crônico visa não somente controlar os sintomas urêmicos e distúrbios hidroeletrólíticos como também o hiperparatireoidismo secundário, a desnutrição energético-proteica ou qualquer outra alteração metabólica que este venha a apresentar.

O consumo adequado de calorias é fundamental para que os demais nutrientes sejam absorvidos e utilizados adequadamente pelo organismo.

As condições catabólicas (uremia, acidose metabólica, resistência insulínica, hiperparatireoidismo secundário e inflamação) associadas à doença e ao processo de diálise.

Atenção transdisciplinar ao renal crônico podem contribuir para o aumento do gasto energético em repouso (GER) e catabolismo protéico nesses pacientes, justificando a necessidade de um aporte calórico e protéico adequado.

Carboidratos e lipídios são nutrientes que devem ser ofertados em maior proporção. Os carboidratos são mais eficientes, pois diminuem o catabolismo protéico quando ofertados conforme a recomendação.

É comum a obstipação intestinal em decorrência dos controles alimentares (potássio e líquidos), uso contínuo de medicamentos (principalmente quelantes de fósforo) e pouca atividade física. Desta forma, é necessário o consumo adequado de fibras deve ser em torno de 20 a 25g/dia.

Outros nutrientes importantes que devem ser controlados são o sódio e os líquidos, pois estes interferem na pressão arterial e no ganho de peso interdialítico, que não deve ultrapassar de 2 a 4,5% do peso seco. Em diálise peritoneal o controle destes não é tão restrito.

É comum pacientes renais em tratamento dialítico apresentarem distúrbios no metabolismo de cálcio e fósforo. A hiperfosfatemia atinge mais de 35% dos pacientes. Por esta razão, seu controle deve ser uma das principais preocupações no tratamento dietoterápico de pacientes com IRC. Além da dieta, o uso de medicamentos quelantes e uma diálise eficiente, são fatores essenciais para o controle da hiperfosfatemia.

Na doença renal crônica terminal, os rins perdem a capacidade de eliminar o excesso de potássio sérico, que leva a hipercalemia. Os pacientes devem ser orientados com relação às fontes alimentares de potássio e técnicas dietéticas para redução deste mineral nos alimentos.

Fatores não dietéticos podem também aumentar os níveis de potássio, tais como: resistência a insulina, acidose metabólica e ou uso de diuréticos poupadores de potássio e beta bloqueadores, eficiência da diálise, obstipação intestinal, estados hipercatabólicos e uso deste eletrólito nas soluções de diálise.

Em relação às vitaminas sabe-se que as lipossolúveis não necessitam de suplementação, exceto a vitamina D que é utilizada no tratamento das doenças ósseas dinâmicas. No entanto, o processo dialítico proporciona perda das hidrossolúveis, estas devem ser suplementadas, principalmente a B6, ácido fólico e vitamina C (FAUSTINO et al apud MATO GROSSO DO SUL, 2011, p. 52-53)".

Neste sentido, o Ministério da Saúde, prevê na Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, na abordagem de cuidado da pessoa com doença renal, que estas devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, contemplando orientações e educação como, com aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva; orientação sobre o auto cuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da Doença Renal Crônica; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros (BRASIL, 2014a).

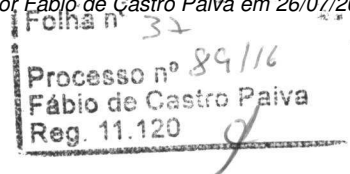


Figura 1. Recomendações de macro e micronutrientes e ingestão hídrica em diálise.

Doença/Nutriente	Hemodiálise	Díalise Peritoneal
Quilocalorial (kcal/kg de peso atual ou ideal)	Manutenção: até 60 anos de idade = 35-40 ≥ 60 anos = 30-35. Repleção de peso: 35-40	(inclui a glicose do dialisato) Manutenção: 25-30 Redução: 20-25 Repleção de peso: 35-40
Proteínas (g/kg de peso atual ou ideal)	Manutenção: 1,1-1,2 (>50% AVB) Repleção: 1,2-1,3	Manutenção: 1,2-1,3 (>50% AVB). Repleção e peritonite: 1,4-1,5
% Carboidratos (oral)	50-60	35 (+ glicose absorvida do dialisato)
Fibras (g)	20-25	20-30
% de Lipídios	25-30	25-35
Saturado	5-10	5-10
Polinsaturado Omega-6 (% das kcal)	5-10	5-10
Polinsaturado Omega-3 (% das kcal)	10	10
Monoinsaturado Omega-9 (% das kcal)	10-20	10-20
Colesterol (mg)	<300	<300
Sódio (g)	1,0-2,3 (individualizado para P.A., edema de GPID)	1,0-4,0 (individualizado para P.A. e edema)
Potássio (g)	1,0-3,0 (ou 40mg/kg de peso Atual)	2,0-4,0; não restringido; pode necessitar suplementação
Líquido (ml)	500-750ml + volume urinário de 24h (750-1.000ml/dia de anúria)	1.000-3.000 Geralmente não restringido
Cálcio (mg)	≤2.000 de cálcio elementar, incluindo dieta e quelante (individualizado para cálcio, fósforo e PTH séricos).	
Fósforo (mg)	800-1.000 (ou ≤17mg/kg)	1.000-1.200 (ou ≤17mg/kg)
Ferro (mg)	8 p/ homens e 15 p/ mulheres, ou suficiente para manter a ferritina sérica >100 ng/ml e a saturação da transferrina >20%	
Zinco (mg)	8-12 p/ mulheres e 10-15 p/ homens; suplementação de 50mg/dia é recomendada com sintomas de deficiência	
Magnésio (mg)	200 -300	
Selênio (mcg)	55	

Fonte: Print Screen da tabela "Recomendações de macro e micronutrientes e ingestão hídrica em diálise" - Fonte: MARTINS, C. Avaliação do estado nutricional e diagnóstico. Curitiba: Nutroclínica, 2007; FAUSTINO et al apud MATO GROSSO DO SUL, 2011, p. 54.

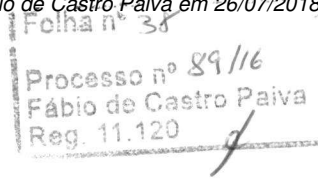
Cabe destacar, que a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, prevê que o acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como dispõe da Composição da equipe:

“Art. 19. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista;

II - enfermeiro;

III - nutricionista;



IV - psicólogo; e

V - assistente social.

Art. 20. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;

II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;

III - médico nefrologista;

IV - enfermeiro especialista em nefrologia;

V - assistente social;

VI - psicólogo;

VII - nutricionista;

VIII - técnico de enfermagem;

(...)

Art. 21. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima:

I - médico nefrologista, como responsável técnico;

II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;

III - nutricionista;

IV - psicólogo;

V - assistente social; e

VI- técnico de enfermagem.

Art. 22. A composição mínima da equipe da Unidade Especializada em DRC observará o disposto nos arts. 19, 20 e 21, no que couber.

Parágrafo único. O mesmo profissional poderá compor a equipe da Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise na atenção de média e alta complexidade, desde que em diferentes turnos (BRASIL, 2014a). ”

Quanto a restrição alimentar relacionada a fruta carambola, este cuidado já faz parte das orientações realizadas pela equipe multiprofissional de saúde, incluindo requisitos como, a Avaliação Nutricional, o desenvolvimento de Plano de Ação Nutricional e a implementação de Terapia Nutricional, para acompanhamento das doenças renais.

Portanto, além do cuidado integral, aspectos específicos já são abordados pelo nutricionista, em especial, a orientação para os pacientes com Insuficiência Renal Crônica quanto aos cuidados e restrições ao consumo da carambola. Os estudos encontraram associação entre consumo de carambola e intoxicação. A fruta possui uma substância tóxica chamada caramboxina, que é a principal responsável pelos efeitos descritos. Por isso, é importante alertar aos pacientes com DRC a não consumirem carambola. Esse papel de advertência deve ser assumido principalmente pelos nutricionistas, mas também por todos os envolvidos no tratamento do paciente (OLIVEIRA; AGUIAR, 2015).

Na área acadêmica da nutrição, são amplamente utilizadas, referências bibliográficas consagradas na formação do nutricionista que trazem as condutas de nutrição na saúde e na doença, baseadas no conhecimento científico, de autores renomados, como Lilian Cuppari, e em especial, o livro-texto de nutrição mais respeitado por mais de 50 anos, com informações completas e atualizadas de professores e profissionais mundialmente renomados na área, de autoria de Janice Raymond Krause e colaboradores, e o Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença de autoria de Maurice Edward Shils que fazem alusão aos princípios gerais da terapia dietética da doença renal e da insuficiência renal crônica.

Segundo Shils (2002, p. 1554),

“Os três objetivos da terapia dietética são (a) manter o bom estado nutricional, (b) prevenir ou minimizar a toxicidade urêmica e os distúrbios metabólicos da insuficiência renal e (c) desacelerar ou bloquear a taxa de progressão da insuficiência renal (SHILS, 2002, p.1554)”.

Shils (2002, p. 1555) refere a importância da integralidade do cuidado do paciente,

“O tratamento dietético trabalhado em equipe pode aumentar a adesão à dieta especial. A equipe deve incluir o clínico, o nutricionista, membros da família mais próximos, pessoal de enfermagem (...) (SHILS, 2002, p. 1555)”.

Somada à abordagem integral e multiprofissional do cuidado, Shils (2002, p.1555), destaca o respeito à individualidade, referindo:

“Uma abordagem terapêutica que procure orientar sobre o problema da aceitação dietética pode ser muito efetiva. O planejamento dietético pode ser adaptado às preferências do paciente, e a cada consulta o nutricionista clínico pode monitorar a ingestão dietética e discutir o resultado com o paciente (SHILS, 2002, p. 1555)”.

A importância da terapia nutricional no tratamento de pacientes com Insuficiência Renal é reconhecida há várias décadas. Na fase não-dialítica ou tratamento conservador, propostas terapêuticas que visam atenuar alterações, tais como o controle adequado da hipertensão arterial, da proteinúria, da hiperlipidemia, da hiperfosfatemia, da acidose metabólica, bem como, da restrição proteica tem sido empregadas na tentativa de evitar ou retardar a progressão da insuficiência renal crônica para estágios finais (CUPPARI, 2002, 2013).

Segundo, Cuppari (2002, p.169),

“(...) a intervenção dietética não apenas visa ao controle da sintomatologia urêmica e dos distúrbios eletrolíticos, mas também atua em doenças correlatas como o hiperparatireoidismo secundário, a desnutrição energética-proteica e nas várias alterações metabólicas que esses pacientes apresetam. Além disso, os procedimentos dialíticos determinam condições que exigem orientações dietéticas específicas para manter ou melhorar a condição nutricional do paciente” (CUPPARI, 2002, p.169)”.

Cuppari (2002, p.182), elenca orientações nutricionais referentes ao teor de potássio em porções usuais de alguns alimentos utilizadas para pacientes com indicações médicas de controle de potássio da dieta, e chama atenção para a carambola, referindo: “A carambola, independentemente do seu conteúdo de potássio, apresenta uma substância tóxica, ainda não identificada, que pode causar desde soluço até coma e morte em pacientes com IRC. Portanto, esse alimento deve ser abolido da alimentação desses pacientes”(grifo nosso) (CUPPARI, 2002, p.182).

Ante o exposto são atribuições dos profissionais de saúde o acompanhamento e a realização das devidas orientações de cuidados às pessoas com doenças renais balizando suas condutas nas diretrizes do Ministério da Saúde e nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, onde a integralidade do cuidado deve ser considerada.

O Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2014b), implementou e implantou em 2014, um instrumento técnico norteador aos profissionais de saúde, na forma de manual, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, com “Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde”, que visa:

“(...) estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com doença renal crônica na Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas. É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, podendo ser alterado, desde que de forma suplementar, considerando as especificidades locais (BRASIL, 2014b)”.

O objetivo destas diretrizes é:

“oferecer orientações às equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa sob o risco ou com diagnóstico de DRC, abrangendo a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o seu manejo clínico (BRASIL, 2014b)”.

No item 8, as diretrizes referem critérios de diagnóstico para identificar a pessoa com doença renal crônica. No item 10, elenca as diretrizes de manejo clínico, para cada estágio da doença, estágios A, B, C, D, E, F, G, H e I. No item 14, as diretrizes referem:

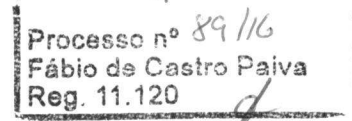
“14. TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

As pessoas com DRC devem ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, nas Unidades Básicas de Saúde e nos casos que requerem, nas unidades de atenção especializada em doença renal crônica, para orientações e educação como, por exemplo: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o auto cuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros (BRASIL, 2014b).”

O Ministério da Saúde, considera nas suas diretrizes em relação a Manutenção em Tratamento Conservador, item 13, os direitos preconizados na Constituição Federal e prevê um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE):

“Manutenção em tratamento conservador: O tratamento conservador pode ser considerado uma opção para pacientes que escolham não serem mantidos em TRS devendo ser criado um programa de suporte para estes casos. Todo o programa de DRC deve estar apto para fornecer e planejar cuidados para as necessidades e suportes adequados para o fim de vida, incluindo pacientes em tratamento conservador por opção. Suporte coordenado para o fim de vida deve ser avaliado e mantido para pacientes e familiares, utilizando tanto a atenção primária, como especialistas na área específica, de acordo com o sistema de saúde local. O plano de suporte avançado de vida deve incluir protocolos para o manuseio de sintomas dolorosos, atenção psicológica, cuidados espirituais e preparo para o paciente e familiar sobre a morte em domicílio ou hospitalar com a provisão de todo o suporte humano e cultural apropriado. Caso haja a opção pela manutenção do paciente em tratamento conservador, o paciente deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que deve ser anexado ao seu prontuário (BRASIL, 2014b).” - Grifo nosso.

Posto isto, julgamos que outras formas de educação em saúde podem ser adotadas para promover as orientações às pessoas com doença renal, que por certo, conforme preconizado na Constituição Federal, o aludido aviso almejado no PL 89/2016 parece conter texto com cunho um tanto impositivo, o qual expõe as pessoas portadoras de condições clínicas relacionadas com a insuficiência renal de uma forma inadequada, considerando que atualmente se preconiza cada vez mais o tratamento humanizado e o respeito a individualidade das pessoas. Ou seja, mesmo com os alertas sobre os riscos do consumo da fruta carambola por pessoas com insuficiência renal, nada impede que esta pessoa mesmo esclarecida e de forma consciente tome a decisão de comprar e consumir a fruta, mesmo ciente dos riscos apontados em diversos estudos científicos. Portanto, a função da saúde pública é informar e dar conhecimento dos riscos das possíveis complicações oriundas do consumo da fruta carambola. Contudo, entendemos que existem formas mais adequadas, humanizadas e harmonizadas com as diretrizes do Ministério da Saúde, para realizar a educação em saúde.



Entendemos que este aspecto deve ser amplamente abordado, na relação médico-paciente, bem como, na relação dos demais profissionais de saúde com o paciente, entre outros aspectos, que envolvem esta condição clínica, relacionados com o manejo clínico e nutricional destas condições nos serviços de saúde, considerando tanto as especificidades do indivíduo, como um ser único, como a integralidade do cuidado, almejando uma relação de respeito, humanização e acolhimento ao paciente e a família, pela equipe multiprofissional.

Portanto, a visão outrora focada com mais ênfase na doença e na fragmentação do cuidado da pessoa está cada vez mais sendo suplantada pela abordagem integral e humanizada, incluindo o autocuidado e a atuação multiprofissional dos profissionais de saúde com o paciente e a família, com aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida e fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, que refere:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

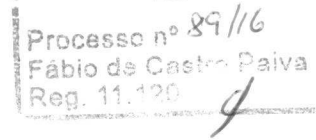
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).” - Grifo nosso.

Entendemos ainda, que é inadequado e *arriscado* transferir orientações de saúde aos pacientes renais que cabem aos **profissionais de saúde** para os comerciantes e responsáveis pelos comércio varejista de alimentos que exploram a venda de gêneros alimentícios tais como supermercados, mercearias, feiras livres, casa de vendas de frutas, bares, lanchonetes, padarias, sorveterias, restaurantes e similares, ou seja, todos os comércios de alimentos (similares abrange tudo).

Também, entendemos que é inadequado, transferir a adoção de medidas ou modelos de educação e informação aos pacientes com doenças renais que cabe a equipe multiprofissional de saúde para os estabelecimentos de saúde ou de alimentos sob a forma de cartazes pré-determinados com avisos contendo textos que visíveis à população em geral da cidade de São Paulo, população exposta aos comércios de alimentos que na grande maioria não são portadores de Doença Renal Crônica.

Cabem aos profissionais de saúde o desenvolvimento de medidas ou modelos de educação e informação aos pacientes com doenças renais nas formas que julgarem mais apropriadas em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, quanto ao cuidado da pessoa com doença renal, considerando a sua autonomia, o autocuidado e a integralidade do cuidado nos serviços de saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e da Constituição Federal.

As pessoas com doença renal, dependendo do estágio que a doença se encontra, seguem indicações médicas que incluem manejo clínico nutricional, que podem requerer controle e restrição de alguns nutrientes.



Julgamos que existem formas mais adequadas que podem ser utilizadas par promover a devida informação sobre requisito tão específico como a carambola, o seu consumo e os possíveis efeitos tóxicos para pessoas com insuficiência renal.

Os profissionais de saúde devem alertar as pessoas com doença renal. Neste sentido, julgamos que são formas mais adequadas de abordagem desta questão.

Cabe destacar, que por tratar-se de uma condição específica, o aludido aviso do PL 89/2016 nos comércios, atingirá a grande maioria da população que **NÃO** possui Doença Renal Crônica e parte da população em geral poderá interpretar que a fruta carambola possui problemas e contem substâncias ruins para as pessoas. Enfim, a população for carecer de informações completas e por possuir limitações acerca do assunto poderá ter entendimentos e interpretações de toda a sorte, as quais podem levar a distorções de que a carambola geraria problemas para as pessoas seja com ou sem a doença renal crônica ou distorcer a informação, seja por falta de orientações dos profissionais de saúde e demais informações completas sobre as condições que envolvem a fruta e a doença, ou seja, pela informação se dar de maneira descontextualizada. A população sem ter o apoio de profissional de saúde que esclareça e oriente de forma adequada sobre as informações do aludido aviso pode erroneamente pensar que a fruta carambola é uma fruta prejudicial, mesmo que o cartaz indique a restrição à pessoa com doença renal, por tratar-se de assunto incomum não afeto ao conhecimento comum do público em geral.

Ainda, somado a este fato, existe o risco da fruta carambola **perder mercado** no Município de São Paulo e prejudicar os produtores de carambola, em especial das cidades do interior de São Paulo, e toda a rede da cadeia que envolve a fruta, inclusive podendo gerar desemprego, tanto por desconhecimento e desconfiança do consumidor, quanto pelo próprio comerciante, que pode se desinteressar pela fruta carambola, seja para evitar a fiscalização e as multas, ou seja, devido ao temor de que alguma pessoa possa comer carambola e passar mal dentro do seu estabelecimento ou culpabilizar os produtos com carambola, ou seja, por não conseguir prestar os esclarecimentos e orientações sobre o conteúdo do aviso quando for perguntado - o risco maior é do próprio comerciante passar informações erradas e distorcidas para o público em geral.

Ainda, quanto a alegação do aviso no cartaz, a forma como está redigido pode o consumidor levar a equívoco ou engano na interpretação, como consta no PL 89/2016 **“(...) a ingestão de carambola pode provocar problemas neurológicos (...)”**.

Ora, independente do aviso ter como objetivo alertar as pessoas com Doença Renal Crônica, está claro que:

“(...) A INGESTÃO DE CARAMBOLA PODE PROVOCAR PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (...)”.

Ora, os pacientes com Doença Renal Crônica estão **CONSTANTEMENTE E FREQUENTEMENTE EXPOSTOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AOS PROFISSIONAIS MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**.

No mínimo os pacientes com Doença Renal Crônica devem realizar exames médicos **ANUAIS** para o monitoramento da doença, podendo reduzir para exames trimestral ou mensal, de forma que a cada retorno nos serviços de saúde esses pacientes novamente entram em contato com médicos e profissionais de saúde.

Em suma: existe ALTA interação desses pacientes com Doença Renal Crônica e os serviços de saúde e com os profissionais de saúde.

Esse fator é mais que uma justificativa cabal é uma **comprovação concreta** da total desnecessidade desse PL 89/2016 que está inapropriadamente voltado para os comércios de alimentos.

Portanto, o alerta de que **“(...) A INGESTÃO DE CARAMBOLA PODE PROVOCAR PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (...)”** vai atingir a grande maioria dos cidadãos em geral que **NÃO** apresentam a Doença Renal Crônica e portanto o PL 89/2016 é totalmente **DESNECESSÁRIO E DESPROPORCIONAL**.

Os cardápios e os ingredientes e os produtos com carambola a própria presença da fruta carambola in natura em todos e quaisquer locais por sim só já se mostram claros e evidentes para as pessoas com Doenças Renal Crônica identificarem a presença da carambola e adotarem as recomendações obtidas junto dos profissionais e serviços de saúde.

De forma que em detrimento de uma pequena parcela da população que obrigatoriamente já foi diagnosticada por um médico com essa condição (DRC) e portanto estão acompanhadas por profissionais de saúde não se justifica e se

mostra desarrazoado, desnecessário e desproporcional, obrigar os comércios, feiras, restaurantes, padarias, supermercados, lanchonetes, mercearias e estabelecimentos similares a cumprirem os dispositivos do PL 89/2016.

Ora, os estabelecimentos alvo do Projeto de Lei contemplam atividades comerciais peculiares e voltadas para compra e consumo de alimentos e tanto os estabelecimentos como os seus responsáveis não estão enquadrados como “serviços de saúde” e tampouco com serviços de saúde especializados em pacientes renais crônicos. Se diante de todas as condições que diversas doenças apresentam no mundo, os estabelecimentos de alimentos fossem obrigados a afixar cartazes e toda a sorte de avisos sobre as condições das doenças com certeza a edificação desses estabelecimentos - paredes, janelas, bancadas - ficaria forrada de grandes quantidades de dispositivos, cartazes, que perante a vigilância sanitária, além de ser inadequado que as dependências propiciem **acúmulos de sujidades, presença de adereços e quaisquer enfeites ou aplicação de papéis que dificultem a devida limpeza e higienização das paredes e dos próprios cartazes, os próprios cartazes e placas se configuram em abrigos e esconderijos de pragas.**

Em especial as baratas possuem hábitos de usar como esconderijos a parte de trás de quadros, cartazes grudados em paredes e também utilizam esses locais escondidos para depositarem seus ovos. Não é nada incomum paredes de comércios de alimentos sujas e sem higiene nas partes cobertas por cartazes e placas, ou seja, no verso dos cartazes. Os cartazes de papéis são ótimos abrigos de pragas e as baratas são insetos que utilizam papéis e locais pouco higienizados para servirem de abrigos. Portanto seria mais um cartaz entre os inúmeros cartazes atualmente já obrigatórios e apesar de alguns cartazes e avisos tratarem de assunto realmente pertinente, esses dispositivos acabam propiciando mais um abrigo para pragas e fonte de sujidades. Os cartazes em geral são alvos de pouca limpeza, ignorados e relegados a segundo plano na higiene nos comércios de alimentos.

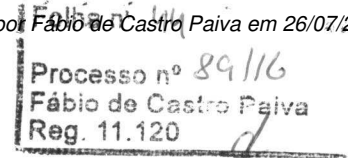
Isso posto fica claro e está explícito que são assuntos da ordem do Ministério da Saúde e cabe ao órgão maior ordenador da saúde no Brasil, mediante o estabelecido na Constituição Federal que incumbiu ao SUS por meio da Lei 8080/1900 legislar e expedir normas atinentes à saúde pública.

A propositura recai sobre estabelecimentos de alimentos quando a real responsabilidade são dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde tratar o assunto da propositura junto do cuidado com o paciente e a família e não sendo o suficiente a total pretensão desnecessária, desarrazoada e desproporcional da lei pretendida e ainda joga a punição sobre os estabelecimentos de alimentos que na grande maioria são pequenas empresas, microempreendedores individuais e os seus responsáveis e gerentes não são profissionais da saúde. A norma municipal da Prefeitura do Município de São Paulo, Lei 13.725/2004, Decreto 50.79/2008, a Portaria 2215/2016 e a Portaria 2619/2016, portarias da Secretaria Municipal da Saúde amparadas na lei e decretos, em especial, os artigos 46 e 90 da Lei 13.725/2004, desobrigam que empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais do ramo de alimentos tenha um responsável técnico contratado. Ou seja, o próprio responsável legal pelo estabelecimento de alimentos seja qual formação apresente - ou não apresente - se torna o responsável pelo estabelecimento e realiza um curso de boas práticas de alimentos com orientações básicas e esse responsável é obrigado a treinar e supervisionar os funcionários. De forma que os estabelecimentos de alimentos não podem ser penalizados e sobrecarregados com mais multas e mais exigências, com o PL 89/2016, sendo essas exigências consideradas “desnecessárias” e “desproporcionais”.

Esses estabelecimentos devem priorizar as boas práticas e o cumprimento de toda a **legislação sanitária** atualmente vigente, legislação essa na grande maioria oriundas dos órgãos de saúde pública, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do município de São Paulo e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Diante da desobediência da **legislação sanitária** os estabelecimentos são autuados, por meio de autos de infração e ficam sujeitos as penalidades previstas na Lei 13.725/2004. Cabe destacar que são legislações sanitárias necessárias e devidamente pertinentes para esses estabelecimentos de alimentos. O que de forma inversa não se consegue vislumbrar na presente propositura do projeto de lei, nem a necessidade e tampouco a pertinência da propositura, propositura essa completamente desnecessária, desproporcional e indevida.

Como se não bastasse a pretendida lei além de jogar nas costas dos estabelecimentos de alimentos a responsabilidade pela orientação aos pacientes renais crônicos ainda o estabelecimento fica sujeito a mais uma autuação e penalização, com multa e com valor dobrado se não cumprirem a lei.

A tal medida pretendida no projeto de lei não cabe aos estabelecimentos de alimentos que não tem a competência para se responsabilizarem pelo efeito, mas sim a medida é assunto de responsabilidade e já elencados da saúde pública nos serviços de saúde e para os profissionais da saúde e para os próprios pacientes aplicando o autocuidado em saúde. Sugiro que o legislativo deixe que os assuntos atinentes e de competência da saúde pública, do Sistema Único de Saúde - SUS, do Ministério da Saúde e dos demais órgãos de saúde das esferas estaduais e municipais de



saúde pública sejam elaborados, deliberados e manifestados pelo Ministério da Saúde, dos demais órgãos de saúde pública, de acordo com a Lei 8080/1990 e a Constituição Federal de 1988.

Diante de quaisquer denúncias de pessoas sobre os comércios e o consumo da fruta carambola e os relacionando problemas de saúde esta Divisão informa que seria inviável adotar meios legais e técnicas para apurar essas denúncias tendo em vista que somente um médico pode realizar diagnóstico de doença e a apuração seria dependente tanto do **diagnóstico médico comprovado** quando de colheitas de amostras de frutas carambola para eliminar outras causas prováveis (por exemplo: intoxicação por agrotóxicos) dos mesmos “lotes”, da mesma “origem” e do mesmo “local de produção”. Caso o comerciante e o feirante misture os lotes de carambola na mesma gôndola não é possível a colheita de amostra dentro das normas. Ademais esta Divisão não recebeu até o momento nenhum registro de denúncia ou suspeita de doença alimentar referente especificamente ao consumo da fruta carambola.

No caso de uma denúncia e possível colheita da fruta *in natura* tal fato oneraria sobremaneira os cofres públicos em especial os recursos da Prefeitura do Município de São Paulo, caso o executivo tivesse que tanto realizar *os diagnósticos médicos e os exames quanto as colheitas de amostras fiscais* (em triplicada) quanto os gastos com os *laboratórios de saúde pública* para as análises fiscais (ou as análises não terão valor legal). Ainda, mobilizaria parte dos recursos humanos para atender essa demanda que atualmente é de baixo risco, venda no comercio varejista de fruta *in natura*.

As colheitas de frutas *in natura* relacionadas com reclamações de consumidores ou surtos alimentares são extremamente raras. As colheitas de frutas *in natura* realizadas pelo poder público se dão em atendimento a programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde – MS, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para todo o Brasil e com critérios e tipos de frutas pré-determinadas e questões relativas com os níveis de agrotóxicos para avaliar se esses estão dentro dos níveis e especificações determinados em legislações específicas da ANVISA e do Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento - MAPA.

Há que se lembrar que não é incomum ouvirmos de tempo em tempo na mídia assuntos sobre determinado alimento ou qualquer assunto abordado que seria atinente à saúde pública e que é veiculado por leigos e de forma indevida e fora do contexto dos profissionais de saúde e esses assuntos se tornarem distorcidos e gerarem prejuízos e problemas mediante interpretações distorcidas, preconceitos, discriminação e pânico nas pessoas.

A carambola contém **significativo teor de Vitamina C** e **conteúdo de valor calórico mais baixo** quando comparada com outras frutas comumente consumidas, considerando o mesmo peso (banana, maçã, caqui, manga, pêssego, uva) sendo a carambola uma opção alternativa e com preço razoável para as pessoas incluírem nos seus cardápios e assim se beneficiarem dos nutrientes da carambola.

Senão vejamos alguns exemplos dessa cadeia produtiva envolvida com a fruta carambola e que valorosamente mantém a fruta carambola disponível no município de São Paulo, como mostra a **notícia do G1, Globo Rural, em 18/09/2011, sobre agronegócio:**

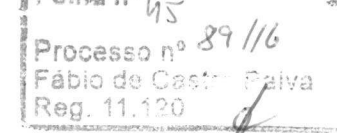
"Cultivo comercial da carambola garante bom retorno ao produtor

A fruta tem poucas calorias, é saborosa, rica em vitamina C e minerais. Nativa da Ásia, a carambola chegou ao Brasil há pelo menos dois séculos.

A carambola chegou ao Brasil há pelo menos dois séculos e se deu tão bem nas nossas terras, que virou planta comum em quintais e pomares domésticos das regiões mais quentes do país. Mas a carambola também é cultivada em plantações comerciais. Em São Paulo, ela vem dando bons resultados para um grupo de agricultores.

A fruta, além de ser bonita e saborosa, é rica em vitamina C e minerais. Ela ainda tem poucas calorias. Nativa da Ásia, não é preciso nem precisa descascar para comê-la.

As primeiras mudas comerciais de carambola chegaram ao noroeste de São Paulo pelas mãos de Kiyoshi Shimazaki. O agricultor nasceu na Primeira Aliança, comunidade fundada por imigrantes japoneses em Mirandópolis, há 86 anos, e assim como seus pais, sempre viveu e trabalhou na roça.



De olho no mercado, foi um dos pioneiros da fruticultura na região. “Eu vi que a fruta, no futuro, era um bom negócio, e aí comecei a investir, porque dá em quantidade”, afirma. (...)

O plantio de carambola começou há 30 anos. Hoje, já são mais de mil pés. O começo não foi fácil porque naquela época ninguém entendia muito da fruta e não havia nem produtor de muda em São Paulo. Por isso, Kiyoshi saiu andando pela vizinhança à procura de sementes. Do primeiro plantio, cem pés de carambola vingaram e entre eles um chamou atenção. “Dos cem, um estava muito bonito, então eu investi nele”, conta.

Em parceria com a Esalq, a Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Kiyoshi foi selecionando os filhos dessa planta e criou uma nova variedade, batizada como ‘C1’.

A família Shimazaki hoje produz quatro variedades diferentes de carambola. Com diversidade de cores, tamanhos e sabores, a família consegue agradar os mais diferentes consumidores.

A caramboleira é uma árvore muito produtiva, uma única planta pode render até 500 quilos de fruta por ano

(...)” (Fonte: GI, 2011. Disponível em: < <http://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2011/09/cultivo-comercial-da-carambola-garante-bom-retorno-ao-produtor.html> > . Data de acesso: 22/03/2018).

Entendemos que por certo os estudos apontam que a ingestão da fruta carambola pode oferecer risco para pessoas com doença renal, e que, portanto, a mesma deve ser orientada sobre isto. Contudo, esta condição específica deve ser tratada junto ao paciente com doença renal e seus familiares pelos profissionais dos órgãos de saúde.

Reiteramos que, a pessoa com diagnóstico médico de insuficiência renal já recebe orientações sob indicação médica, quanto a alimentação e as restrições nutricionais pertinentes. Somado a isto, já se encontra consagrada na área da nutrição a adoção de uma conduta nutricional para pessoas com insuficiência renal em que são realizadas orientações para que estas pessoas evitem ou até mesmo abolem a carambola da alimentação.

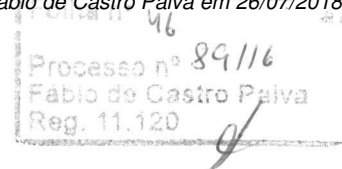
Ademais os pacientes com Doença Renal Crônica estão em constante exposição aos serviços de saúde e consequentemente apresentam ALTA INTERAÇÃO com os profissionais da saúde pela própria característica da doença por ser uma *condição crônica* de forma que esses pacientes estão frequentemente em contato com os médicos e demais profissionais de saúde;

Senão vejamos o que refere o Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2014c), por meio da Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Atenção Especializada e Temática estabelece nas **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde** para o manejo clínico dos pacientes com Doença Renal Crônica e a avaliação da condição nefrológica que podem requerer que os pacientes sejam avaliados, a depender do estágio da doença, com essas frequências:

- ANUALMENTE;
- SEMESTRALMENTE;
- TRIMESTRALMENTE;
- MENSALMENTE.

"MANEJO CLÍNICO

A. Estágio 1TFG $\geq 90\text{mL/min/1,73m}^2$ na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.



A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente.

B. Estágio 2 – TFG ≥ 60 a $89 \text{ mL/min/1,73m}^2$. O acompanhamento desses indivíduo deverá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação da TFG, do EAS e da RAC deverá ser realizada anualmente.

C. Estágio 3A – TFG ≥ 45 a $59 \text{ mL/min/1,73m}^2$. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. A avaliação da TFG, do

EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada anualmente.

D. Estágio 3 B – TFG ≥ 30 a $44 \text{ mL/min/1,73m}^2$. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser mantido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em doença renal crônica poderão matricular o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades de atenção especializadas em doença renal crônica quando apresentarem uma das seguintes alterações clínicas: RAC acima de 300 mg/g , se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA).

A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente.

E. Estágio 4 – TFG ≥ 15 a $29 \text{ mL/min/1,73m}^2$. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com indicação clínica.

F. Estágio 5-ND (não dialítico) – TFG $<15 \text{ mL/min/1,73m}^2$, em paciente que não está em TRS. O acompanhamento desses indivíduos deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para a progressão da DRC e doença cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

G. Estágio 5-D (em diálise) – deve-se indicar TRS para pacientes com TFG inferior a $10 \text{ mL/min/1,73m}^2$. Em pacientes diabéticos e com idade inferior à 18 anos, pode-se indicar o início da TRS quando a TFG for menor do que $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$. Em todas essas situações, deve-se respeitar a condição clínica e alteração laboratorial do paciente. A escolha do método de TRS deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional. Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento desses indivíduos em procedimento dialítico é realizado nas unidades de atenção especializadas em doença renal crônica, pelo nefrologista e equipe multiprofissional

Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 62

desse serviço, mantendo vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tratamento dos fatores de risco modificáveis para mortalidade cardiovascular deve ser mantido de acordo com as recomendações do MS: controle da glicemia, da hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente.

H. Estágio 5-D em Hemodiálise: Os exames mínimos realizados para pacientes em hemodiálise devem seguir a seguinte programação:

a) Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós a sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano.

i. Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV.

ii. A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados.

b) Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos.

c) Semestralmente: Vitamina D e AntiHBs. Para pacientes susceptíveis, definidos como AntiHBC total ou IgG, AgHBs ou AntiHCV inicialmente negativos, fazer AgHBs e AntiHCV.

d) Anualmente: Colesterol total e frações, triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma (BRASIL, 2014c).

Esses exames são avaliados por médicos. Assim sendo diante do resultado do exame o paciente passa pelo médico de forma que existe a frequente exposição dos pacientes com Doença Renal Crônica a esses profissionais médicos e que também são responsáveis por prestar todas as recomendações de cuidados sendo esse um fator importante que deve ser considerado e que portanto não existe a mínima necessidade e tampouco a razoabilidade de prosseguir com o PL 89/2016.

Nesse sentido o fato dos pacientes com Doença Renal Crônica frequentemente estarem em contato com o médico e com a equipe de profissionais de saúde demonstra cabalmente a **total inconveniência, desnecessidade, desproporcionalidade e falta de pertinência da propositura do Projeto de Lei nº89/16** que é claramente desarrazoado e a única providência que se impõe é o veto total do projeto. Ou seja, a alta interação com os profissionais de saúde e o acesso constante aos serviços de saúde são fatores fortes o bastante e conclusivos para o veto TOTAL do PL 89/2016.

Ademais se para cada condição, doença, fossem apostos cartazes próximos dos elementos relacionados os cuidados alimentares em inúmeros estabelecimentos, as paredes, bancadas e gôndolas estariam repletas de cartazes. Os pacientes com doença renal crônica também recebem recomendações nutricionais sobre os cuidados com a ingestão de **fontes de potássio, proteínas, fósforo, sódio e outros componentes** que estão presentes em uma infinidade de alimentos. Diante de dislipidemia esses pacientes também são orientados a evitarem inúmeros alimentos gordurosos tais como embutidos de carne e preparações com gorduras saturadas. Se fossemos elencar todas as condições e doenças e as questões alimentares específicas e orientações nutricionais, certamente não haveria mais espaço em nenhum comércio de alimentos sem que fosse coberto por cartazes e placas e avisos e listas de orientações e recomendações.

Assim sendo a propositura ora pretendida além de ensejar um ônus desnecessário para a Prefeitura do Município de São Paulo - impondo fiscalização, infração e sanções diante de irregularidades nos cartazes, nas posturas dos comerciantes referentes ao manuseio dos cartazes e na falta dos cartazes, gastos com recursos humanos, veículos, etc – também ensejará em gerar ônus para os comércios e o mais preocupante, ensejará uma responsabilidade adversa e estranha aos fins a que se destinam as atividades de comércios varejistas de alimentos na medida em que obriga inserir questões muito específicas relacionadas com doenças. Questões essas voltadas para os serviços e profissionais de saúde. Ou seja, uma matéria estranha à atividade de comércio varejista e com conteúdo extremamente específico e distante do cotidiano desses comércios e o mais alarmante, conteúdo esse que ficaria sob responsabilidade de pessoas que tomam conta desses comércios - que na grande maioria não tem formação na área da saúde. Assim diante de qualquer dúvida ou questionamento por parte da população sobre o assunto do aludido aviso do PL 89/2016, do

cartaz, tal fato poderia levar a toda sorte de interpretações e alegações e que ficariam a mercê de pessoas despreparadas dos comércios de alimentos podendo inclusive ocasionar equívocos, erros, orientações inapropriadas e sérias consequências para os próprios comerciantes e para a população. A intenção do PL 89/2016 pode ensinar um determinado objetivo porém pode levar ao oposto, ou seja, de uma forma simples poderíamos ilustrar com um ditado popular diante de possíveis problemas que “o tiro saiu pela culatra”

Ressaltamos que, a adoção de medidas ou modelos de educação e informação que cabem aos profissionais de saúde desenvolverem é norteada pelas diretrizes do Ministério da Saúde, nas formas que julgarem mais adequadas aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, pelas equipes multiprofissionais e pelos serviços na rede regionalizada e hierarquizadas dos serviços de saúde, observando o respeito a integralidade do cuidado do paciente e a importância da relação humanizada, de confiança e de acolhimento que se estabelece entre profissional de saúde e o paciente nos serviços de saúde, sejam estes, públicos ou privados.

Os serviços de saúde por meio da equipe multiprofissional já realizam orientações nutricionais diretamente ao paciente com doença renal e sua família, e também, complementarmente utilizam informativos educativos, orientações dietéticas por escrito, os quais são disponibilizados para as pessoas com doença renal.

Portanto, cabe ao sistema de saúde desenvolver e determinar a melhor forma de educação e informação ao paciente, considerando a integralidade do cuidado e também as especificidades, com respeito a preservação da dignidade da pessoa, bem como, fortalecendo a autonomia do indivíduo e trabalhando junto com o paciente para a promoção do autocuidado.

Desta forma, cabe destacar que, no que tange em específico, a carambola, já estão amplamente consagrados os cuidados e as restrições relacionadas com a carambola nas orientações nutricionais que são realizadas pelo profissional nutricionista.

Portaria do Ministério da Saúde 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*, que prevê a **integralidade da atenção e equipe multiprofissional de saúde, com médicos, nutricionistas, enfermeiros:**

“Art. 3º Os estabelecimentos de saúde integrantes da linha de cuidado à pessoa com DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas observarão às seguintes diretrizes:

I - foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela Atenção Básica e contemplando todos os níveis de atenção;

II - diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC;(grifo nosso)

III - implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

(...)

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

VI - implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas;

(...)

IX - desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a

comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado.”

(...)

Art. 5º São atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, além das definidas na Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS:

I - Componente Atenção Básica:

(...)

c) realizar diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), bem como a atenção de acordo com as Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS;

(...)

e) coordenar e manter o vínculo e o cuidado das pessoas com DRC, quando referenciados para outros pontos de atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

(..)

f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;

II - Componente da Atenção Especializada Ambulatorial:

(...)

b) prestar assistência ambulatorial de forma multiprofissional, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS, incluindo a necessidade de TRS;

g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS; e

Art. 6º Compete aos pontos de atenção do componente de Atenção Básica, ainda, a gestão do cuidado à pessoa com DRC e a atenção dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC.

Art. 7º Compete aos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial em DRC o apoio matricial às equipes de Atenção Básica nos temas relacionados em doenças renais, o cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré dialítico), bem como aos estágios dialíticos, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao às pessoas com DRC (BRASIL, 2014a).”- Grifo nosso.

Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013 que Dispõe sobre o exercício da medicina:

“(…)

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Processo nº 89 / 16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 65

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Art. 4º São atividades privativas do médico:

(...)

X – determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

(...)

XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas (BRASIL, 2013)”

Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, que *Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências*, no seu Art. 3º, dispõe que são atividades privativas dos nutricionistas:

“(…) VII - assistência e educação nutricional e coletividades ou indivíduos, sadios ou enfermos, em instituições públicas e privadas e em consultório de nutrição e dietética;

VIII - assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e a nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos (BRASIL, 1991)”.

Ainda que estudos que apontem os efeitos tóxicos que o consumo da carambola pode ocasionar para pessoas com insuficiência renal, estes recomendam que a forma adequada de tratar esta questão é por meio da atuação da equipe de profissionais de saúde junto aos pacientes e familiares, com aconselhamento e educação nutricional.

Moreira et al. (2010) em estudo que aponta sintomas de intoxicação com a ingestão da carambola refere

“Importante, deve-se alertar nossos pacientes renais crônicos, ou aqueles sob terapia conservadora ou diálise, para não comer carambola. Esta deve ser a responsabilidade de toda a equipe de cuidados de saúde envolvidos no cuidado dos pacientes com doença renal (MOREIRA et al, 2010)”.

Achados semelhantes, Paschoalin et al. (2014) refere que pessoas com doença renal deve ser

“advertidos pelos médicos e nutricionistas para evitar mais esse agravante, em seu acompanhamento (PASCHOALIN et al., 2014)”.

Scaranello et al. (2014) ressalta que, a carambola pode ser associada a intoxicação em paciente renal,

“cabendo aos médicos e nutricionistas, além de todos envolvidos no tratamento e seguimento de portadores de insuficiência renal, estar atentos aos riscos da ingestão excessiva da fruta (SCARANELLO et al., 2014)”.

Em consulta a revisões de artigos científicos nacionais e internacionais da área, existem relatos de pacientes renais crônicos com quadro neurológico alterado após ingestão de carambola, alguns dos quais foram a óbito. Todos os pacientes que foram prontamente tratados e de maneira apropriada recuperam-se sem sequelas. Estes achados demonstram que os pacientes com insuficiência renal em tratamento conservador ou dialítico devem ser alertados para não ingerir essa fruta em qualquer estágio da progressão da doença renal. **Esse papel de advertência deve ser assumido pelos médicos e nutricionistas, principalmente, além de todos os envolvidos no tratamento e seguimento de portadores de insuficiência renal (CHANG et al, 2000; MASSEY et al, 1993; MOREIRA et al, F. G., 2010; MORTON et al, 1987; NETO et al, 2004; NETO et al, 2003; NETO et al, 1998; PASCHOALIN et al, 2014; SCARANELLO et al, 2014).**

Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 66

Diante do exposto, em resposta ao solicitado encareço dizer que pelo acima exposto não se afigura razoável a colocação do aludido aviso em todos os estabelecimentos descritos na propositura PL 89/2016 e reitero que:

O Ministério da Saúde - MS é o órgão responsável por adotar e recomendar medidas para prevenir doenças e promover a saúde da população em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde instituiu o instrumento técnico norteador aos profissionais de saúde, na forma de manual, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, do Departamento de Atenção Especializada e Temática, da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, com as "Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no Sistema Único de Saúde".

O cuidado ao paciente com doença renal tem uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional e refere a importância da integralidade da atenção, do autocuidado, do estilo de vida e de um plano terapêutico nutricional que respeita a individualidade, as preferências e os estágios de progressão da doença.

O Ministério da Saúde, por meio da Biblioteca Virtual da Saúde, realiza orientações em Saúde para a Doença Renal. Ainda observa que:

"Somente um médico pode diagnosticar doenças, indicar tratamentos e receitar remédios".

Somente os órgãos da saúde e os profissionais de saúde, como os médicos e os nutricionistas, estão aptos para realizar recomendações nutricionais e cuidados específicos acerca da dieta para as pessoas com doença renal.

Como manifestação conclusiva, segue as considerações finais:

À luz da legislação vigente o propósito da matéria do PL 89/2016 não está harmonizado com o ordenamento legal federal, estadual e municipal acerca da matéria na sua especificidade no que tange os princípios atualmente adotados de saúde pública, em especial, a integralidade, a multidisciplinaridade, a humanização e o respeito a autonomia e ao autocuidado, e a equipe multiprofissional de saúde.

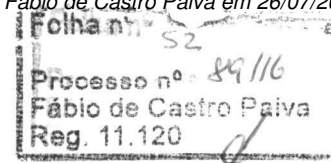
Ainda, cabe destacar, que do ponto de vista sanitário o propósito da matéria do Projeto de Lei dificulta a intervenção legal em vista da subjetividade das pessoas e da livre escolha do consumidor acerca dos alimentos vendidos e consumidos, direito garantido na Constituição Federal, mesmo na presença ou ausência do aludido aviso ou mesmo após recomendação médica para restringir a ingestão de carambola.

Diante disto, do ponto de vista sanitário, esta transferência de responsabilidade do cuidado nutricional do paciente renal do sistema de saúde e dos profissionais de saúde e os serviços de saúde e do próprio paciente e de seus familiares, para o comércio varejista de alimentos, por meio de avisos afixados não é adequada tendo em vista que **os pacientes com Doença Renal Crônica a depender do estágio passam no mínimo 01 (uma) vez por ano pelo médico e por serviços de saúde, para exames ou até mesmo semestralmente, trimestralmente e mensalmente.**

A **ALTA INTERAÇÃO** dos pacientes com Doença Renal Crônica com os profissionais de saúde se mostra o suficientemente adequada para que essa recomendação sobre a carambola e todas orientações acerca da alimentação e dos cuidados sejam realizadas propiciando a devida prevenção dos riscos referentes a alimentação e a saúde dessa população com Doença Renal Crônica e portanto o PL 89/2016 merece sofrer o veto total.

Ainda haveria questionamentos da aplicação de medidas administrativas do ponto de vista legal e sanitário em vista da dificuldade de obter o diagnóstico comprovado de que o consumidor seja ou não portador de condição clínica que tenha como indicação a restrição da carambola da dieta alimentar em relação aos atenuantes e os agravantes na manifestação da penalidade, conforme a Lei 13.725, de 09 de janeiro de 2004, no caso de infração pelos estabelecimentos.

Isto posto, saliento que são necessárias ações de educação permanente e de promoção à saúde junto aos profissionais de saúde do sistema de saúde, público e privado, e as pessoas com doenças renais e familiares, quanto a responsabilidade no acompanhamento da condição clínica e a realização do alerta junto a estas pessoas para que não consumam carambola ou alimento que possui carambola na sua composição.



Ante o exposto, mediante uma avaliação mais apurada do assunto e diante de novas informações colhidas após a apropriação do parecer exarado em 02/07/2015 pela Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS (folhas 04 a 09) – encaminhado pelo Gabinete do Prefeito no TID 17476072 com cópia de manifestação anterior acerca de propositura de **igual teor** – esta Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde – DVPSIS da Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA, **MANIFESTA:**

- Concordância com o parecer sobre assunto de igual teor da Assessoria Jurídica da Secretaria Municipal de Saúde – SMS (folhas 04 a 09) e pelo veto integral da propositura bem como do seu substitutivo (à época referente ao Projeto de Lei 290/2014 com assunto semelhante);
- A propositura contida no Projeto de Lei nº 89/16 **não deve prosperar** por se mostrar completamente **DESNECESSÁRIA** e **DESPROPORCIONAL**. A comprovação, clara e plausível, da desnecessidade e da desproporcionalidade é que os pacientes com Doença Renal Crônica estão em constante e frequente contato e exposição aos serviços de saúde e alta interação com os médicos e profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento e cuidado de cada paciente com essa condição. A depender do estágio da doença essas pessoas passam no mínimo **01 (uma) vez ao ano** pelo médico, podendo contemplar a realização de **exames semestrais, trimestrais e mensais**. Esse protocolo é estabelecido nas diretrizes do Ministério da Saúde – MS com discorrido no parecer anexo em folhas retro. Os pacientes com Doença Renal Crônica devem realizar exames médicos frequentes para monitoramento da própria doença e diante disso, os pacientes passam pela consulta e avaliação médicas. Ademais, somente um médico pode realizar diagnóstico de doenças e após o diagnóstico de Doença Renal Crônica o paciente é inserido em um plano de cuidado em serviço de saúde. Todas essas diretrizes estão determinadas em legislações, normas, manuais e protocolos do órgão nacional ordenador maior do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde – MS. Essas diretrizes são norteadoras dos serviços públicos e privados de saúde. Assim sendo cabe aos profissionais de saúde realizarem as orientações cabíveis para o paciente com Doença Renal Crônica acerca do cuidado, incluindo as questões alimentares. Esses profissionais possuem a formação e o conhecimento necessários para realizarem as orientações e informações de forma adequadas e esclarecem eventuais dúvidas e auxiliarem os pacientes diante das dificuldades de forma singular e esses fatores relativos a competência dos profissionais de saúde *não serão fatores garantidos, efetivos e seguros a serem aplicados pelos responsáveis pelos comércios varejistas de alimentos*. Esses comércios, na maioria empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais, contemplam responsáveis pelos comércios, em geral, sem formação na área da saúde e uma boa parcela desses comerciantes apresentam *baixa escolaridade* o que pode propiciar toda a sorte de interpretações, distorções e situações inapropriadas e possíveis consequências, tanto para a saúde da população exposta, como econômicas em relação a possível rejeição à fruta carambola. Fatores que, os comerciantes, na maioria não terão condições e tampouco formação apropriada para explicar as especificações sobre a Doença Renal Crônica e as questões relacionadas com a fruta carambola e portanto, diante de tamanha incerteza, desnecessidade e desproporcionalidade da propositura o *"tiro pode sair pela culatra"*. É preciso ressaltar que na maior cidade do Brasil, São Paulo, com 12,04 milhões de habitantes, quaisquer fatores indevidos que possam gerar desemprego e prejuízos aos produtores de frutas podem ser devastadores e propiciar inclusive que os comerciantes diminuam ou evitem adquirir e vender carambola para que não sejam fiscalizados e multados ou denunciados. O fato é que a informação no cartaz apesar de conter orientação pertinente para o paciente com Doença Renal Crônica o aludido cartaz estaria disposto em **estabelecimentos comerciais**, em locais fora do contexto do cuidado em saúde e desacompanhado das orientações dos profissionais de saúde competentes;
- Pelo **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei nº 89/16 considerando que cabem aos profissionais de saúde realizarem as orientações sobre os cuidados com a alimentação para as pessoas com Doença Renal Crônica e que essas medidas já são adotadas nos serviços de saúde e ainda que os pacientes pela própria condição da doença (crônica) estão frequentemente expostos aos serviços e aos profissionais de saúde e portanto, julgamos que a propositura é definitivamente desnecessária e desproporcional – a exemplo do disposto no parecer sobre o assunto de igual teor exarado pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS em folhas 04 a 09. O PL nº 89/16 enseja um ônus aos comerciantes e uma sobrecarga deverás desarrazoada aos comércios varejistas de alimentos, **empresas de pequeno porte e microempreendedores individuais**, transferindo para esses segmentos e para os responsáveis pelos comércios (a grande maioria, desprovidos de formação na área da saúde e grande parcela com baixa escolaridade) pesadas responsabilidades que são da alçada dos serviços e profissionais de saúde. Como se não bastasse a pretensa propositura jogar indevidamente tal fardo sobre esses segmentos, diante da falta do aludido aviso, os comércios responderão pelas infrações e estarão sujeitos as penalidades de multas. Somado a isso a propositura certamente trará aumento de gastos da prefeitura, ou seja, trará ônus aos cofres públicos mediante a mobilização de Recursos Humanos e materiais para efetivar as medidas fiscalizatórias, os processos de autos de infração e as penalidades e os

Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 68

retornos para novas fiscalizações nos comércios para comprovar se cumpriram ou não a norma, implicando em mais gastos públicos em todas as etapas envolvidas, recursos humanos, materiais, veículos, combustível, autuações, entre outros, sobre uma medida, contida no Projeto de Lei nº89/16, **desnecessária**, desarrazoada e desproporcional.

Por fim, sugiro que a **Secretária Municipal de Trabalho e Empreendedorismo - SMTE** tenha ciência e conhecimento da presente demanda tendo em vista que a SMTE está diretamente relacionada com os sacolões, feiras e mercados municipais que são fortes espaços de abastecimento e venda da fruta carambola, a exemplo da CEAGESP, na cidade de São Paulo.

São Paulo, 23 de março de 2018.

MARTHA VIRGÍNIA GEWEHR

Analista de Saúde - ANS 6
Nutricionista/CRN 3º Região Nº 16.697
Autoridade Sanitária/R.F. Nº 754.684.001
Gerência de Vigilância de Produtos
e Serviços de Interesse da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde- COVISA
Secretaria Municipal da Saúde - SMS
Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP

Referências:

- BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que Dispõe sobre o exercício da medicina.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista e determina outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde 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. Brasília, 2014a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde, 2014b.
- 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/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. p.: 37 p.: il. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf >. Data de acesso: 22/03/2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: < www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos-de-eventos/audiencia-publica-19-09-2017-10h/ap-19-09-2017-10h-maria-ines-gadelha-ms >. Data de acesso: 22/03/2018.
- CHANG, J.M. et al. Fatal outcome after ingestion of star fruit (Averrhoa carambola) in uremic patients. Am J Kidney Dis. 35: 189-193, 2000.
- CUPPARI L. Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri (SP): Manole, 2002.
- CUPPARI L.; AVESANNI C.M.; KAMIMURA, M.A. Nutrição na doença renal crônica. Barueri (SP): Manole, 2013.
- KRAUSE, J. R.; MAHAN, K.L.; ESCOTT STUMP, S. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia, Editora: Elsevier, 13 ed. 2013.
- MARTINS, C. Avaliação do estado nutricional e diagnóstico. Curitiba: Nutroclínica, 2007.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico – 1. ed. Campo Grande : Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p. : Il.
- MOREIRA, F. G. et al., Rev Bras Ter Intensiva, 2010, 22(4):395-398.
- MORTON J.F. Fruits of warm climates. Flair Books, Miami, FL: 125-128, 1987.
- NETO, M.M et al. J Bras Nefrol. Intoxicação por carambola em pacientes renais crônicos 26 (4): 228-232, 2004.
- NETO, M.M et al. Nephrol Dial Transplant. Carambola na Insuficiência Renal Crônica. 18: 120-125, 2003.
- NETO, M.M et al. Nephrol Dial Transplant. Intoxication by star fruit (Averrhoa carambola) in six dialysis patients? (Preliminary report). 13: 570-572, 1998.
- OLIVEIRA, E. S. M. DE; AGUIAR, A. S. DE. Consumo de carambola na doença renal Bras Nefrol 2015; 37(2):241-247. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v37n2/0101-2800-jbn-37-02-0241.pdf> >. Data de acesso: 20/03/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003.

PASCHOALIN, R. P. et al. Lesão renal aguda como complicação da ingestão excessiva de suco do fruto biri biri (Averrhoa bilimbi). J. Bras. Nefrol., São Paulo, 2014, v. 36, n. 4, p. 545-548.

SÃO PAULO. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS.G nº 1805, de 30 de agosto de 2014, Institui a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas que especifica.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Decreto 50.079, de 08 de outubro de 2008, que “Regulamenta disposições da Lei nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004, que institui o Código Sanitário do Município de São Paulo; dispõe sobre o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, disciplina o Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde, estabelece os procedimentos administrativos de vigilância em saúde, altera a denominação do Departamento de Inspeção Municipal de Alimentos – DIMA e revoga o Decreto nº 44.577, de 7 de abril de 2004”.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei 13.725 de 04 de janeiro de 2004, que “Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo”.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS 2.619, de 06 de dezembro de 2011, que aprova o “Regulamento de Boas Práticas e de Controle de condições sanitárias e técnicas das atividades relacionadas à importação, exportação, extração, produção, manipulação, beneficiamento, acondicionamento, transporte, armazenamento, distribuição, embalagem e reembalagem, fracionamento, comercialização e uso de alimentos – incluindo águas minerais, águas de fontes e bebidas -, aditivos e embalagens para alimentos”.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria SMS.G nº 1805, de 30 de agosto de 2014, que Institui a Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas que especifica.

SCARANELLO, K. L. et al. Carambola como causa de lesão renal aguda. J Bras Nefrol, v.36, n.2, 2014.

SHILS, M.E. Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença, 2 Volumes, Editora Manole, 9 Ed., 2002,

São Paulo, 23 de março de 2018.

MARTHA VIRGÍNIA GEWEHR

Analista de Saúde

Nutricionista/CRN 3º Região Nº 16.697

Autoridade Sanitária/R.F. Nº 754.684.001

Gerência de Vigilância de Produtos

e Serviços de Interesse da Saúde

Coordenação de Vigilância em Saúde- COVISA

Secretaria Municipal da Saúde – SMS

Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP



Folha nº 56
Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

fls. 71

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SMS/COVISA/DVPSIS - Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde

Rua Santa Isabel, 181, 9º andar - Bairro Vila Buarque - São Paulo/SP - CEP 01221-010

Telefone: 3397-8280

Encaminhamento SMS/COVISA/DVPSIS Nº 9027566

À Covisa G.

Senhora Coordenadora,

Restituímos o presente e informamos que, em 23/03/2018 a Diretora Martha Virgínia Gewehr desta Divisão de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde elaborou parecer em resposta ao Memo 217/2018 sob TID 17476072 que tratava do mesmo assunto, conforme SEI nº 9000252 e Sei nº 9000263.

Sobre a propositura contida no Projeto de Lei 89/2016, esta Divisão se posiciona pelo VETO TOTAL.

São Paulo, 14 de junho de 2018.

MARIA JOSÉ GONÇALVES BARBOSA

Respondendo pelo Expediente da Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde - DVPSIS

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA

Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Prefeitura do Município de São Paulo - PMSP



Documento assinado eletronicamente por **Maria José Gonçalves Barbosa, Analista de Saúde - Farmácia**, em 14/06/2018, às 18:42, conforme art. 49 da Lei Municipal 14.141/2006 e art. 8º, inciso I do Decreto 55.838/2015

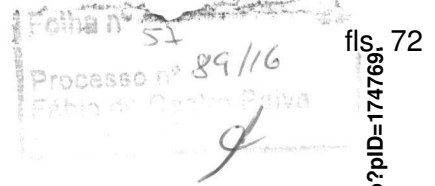


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.prefeitura.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9027566** e o código CRC **6641EB64**.

Referência: Processo nº 6010.2018/0000515-7

SEI nº 9027566

Criado por d807093, versão 5 por d807093 em 14/06/2018 18:41:07.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SMS/COVISA - Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Rua Santa Isabel, 181, 6º andar - Bairro Vila Buarque - São Paulo/SP - CEP 01221-010
Telefone: 3397-8202

Encaminhamento SMS/COVISA Nº 9058935

São Paulo, 15 de junho de 2018

A Assessoria Parlamentar

Em atenção ao solicitado em SEI 8929156, ouvida a área técnica dessa Coordenadoria, esclarecemos abaixo os quesitos formulados em SEI 8586705 a respeito do Projeto de Lei nº 89/2016.

1º) Qual o impacto orçamentário-financeiro de implementar as disposições da propositura, principalmente com a fiscalização?

Caso o PL venha a ser aprovado a verificação do disposto na propositura será incorporado na atividade de fiscalização no âmbito do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde e não causará impacto orçamentário-financeiro significativo.

2º) Há ações do Executivo, implantadas ou em planejamento, que venham ao encontro das propostas defendidas no projeto de lei?

Como exposto na resposta ao item 3º entendemos que o objetivo da propositura já vem sendo alcançado por meio da orientação nutricional dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dos pacientes renais crônicos.

3º) Qual a opinião do Executivo sobre a matéria?

Só existe uma forma de uma pessoa saber se apresenta a Doença Renal Crônica: por meio do diagnóstico médico. Ora, a partir do momento que ocorre o diagnóstico médico de Doença Renal Crônica pelo profissional médico, o paciente passa a ter acompanhamento médico e é inserido em um plano de acompanhamento e de cuidados da doença nos serviços de saúde. A restrição alimentar relacionada com a fruta carambola e alimentos que contém na sua composição a fruta carambola já faz parte das orientações realizadas pela equipe multiprofissional de saúde e em especial também pelo profissional nutricionista. Estas informações sobre a carambola e os efeitos tóxicos para pessoas com doença renal são largamente disseminadas durante a formação acadêmica do nefrologista e da nutricionista.

Além disso, a informação da toxicidade da carambola e a recomendação de não ingestão para os pacientes renais crônicos também tem sido divulgada em publicações dirigidas aos pacientes como p. ex. a Cartilha do Paciente Renal da Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais e Transplantados do Brasil.

Cabe destacar, que por tratar-se de uma condição específica, o aviso proposto por meio do Projeto de Lei nº 89/2016 no comércio varejista, atingirá a grande maioria da população que não possui Doença Renal Crônica e parte da população em geral poderá interpretar que a fruta carambola causa problemas e contém substâncias ruins para as pessoas, que podem levar a conclusão de que a carambola é uma fruta prejudicial, mesmo que o cartaz indique a restrição à pessoa com doença renal por tratar-se de assunto incomum não afeto ao conhecimento do público em geral.

Diante do exposto e em que pese a intenção meritória do legislador, entendemos que a forma de alerta proposta na propositura é desnecessária e pode gerar mal entendidos na população. Por este motivo manifestamo-nos pelo veto total ao Projeto de Lei nº 89/2016.

CRISTINA EMIKO MARUYAMA SHIMABUKURO
Coordenadoria de Vigilância em Saúde
SMS/COVISA



Documento assinado eletronicamente por **Cristina Emiko Maruyama Shimabukuro, Coordenadora**, em 18/06/2018 às 12:35, conforme art. 49 da Lei Municipal 14.141/2006 e art. 8º, inciso I do Decreto 55.838/2015



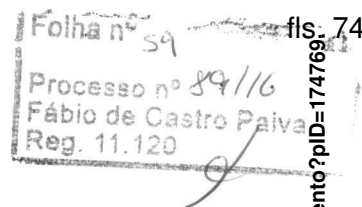
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.prefeitura.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9058935** e o código CRC **342A20A9**.

Referência: Processo nº 6010.2018/0000515-7

SEI nº 90589

Criado por d640949, versão 2 por d640949 em 15/06/2018 19:20:22.

Folha nº 58
Processo nº 89/16
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SMS/AP - Assessoria Parlamentar

Viaduto do Chá, 15, - Bairro Centro - São Paulo/SP - CEP 01020-900
Telefone:

Encaminhamento SMS/AP Nº 9245510

São Paulo, 26 de junho de 2018

À

SGM/ATL III - Chefia

Senhora Assessora Especial

Em atendimento a solicitação de V.Sra. a matéria em pauta foi encaminhada para manifestação das Áreas Técnicas competentes dessa Pasta, relativa ao Projeto de Lei em apreço e, ainda o oferecimento de informações nos termos das indagações da Douta Comissão de Finanças e Orçamento.

A presente iniciativa tem por objetivo:

"Exigir que estabelecimentos comerciais fixem nos pontos de venda de carambola e produtos dela derivados, cartaz de alerta, em especial aos portadores de doença renal crônica, quanto aos riscos de seu consumo, com validade no âmbito do Município de São Paulo e dá outras providências"

O núcleo de Vigilância de Alimentos (NVA) sob a Coordenação de Vigilância em Saúde encaminhamento (SEI Nº 9058935) e Assessoria Jurídica (SEI Nº 9229237), e, em que pese a intensão meritória do autor a iniciativa não deve prosperar na forma como se apresenta, em breve síntese relativo à proposta recomendou o seu não prosseguimento.

Com relação as indagações da Douta Comissão de Finanças e Orçamento, a Secretaria Municipal de Saúde, através do profissional da saúde e autoridade sanitária Municipal com atuação na Vigilância dos serviços de hemodiálise, informando, ainda, que a Pasta, já possui atuação na linha de cuidado da doença renocardiovascular, que inclui hipertensão arterial sistêmica (diabetes, melletus e insuficiência renal crônica).

Assim, a louvável iniciativa do nobre autor e sua brilhante justificativa ao Projeto de Lei em pauta, este teve parecer desfavorável pelas Áreas Técnicas correspondentes dentro da Estrutura organizacional da Secetaria Municipal de Saúde.

Razão pela qual, nesta oportunidade, por conta das informações acostadas neste trâmite, a análise e justificativa técnica recomenda o não prosseguimento do Projeto de Lei nº 89/2016.



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Helena Falcão Botelho, Assessor Técnico**, em 26/06/2018, às 18:11, conforme art. 49 da Lei Municipal 14.141/2006 e art. 8º, inciso I do Decreto 55.838/2015



Documento assinado eletronicamente por **Armando Luis Palmieri, Chefe de Gabinete**, em 27/06/2018, às 10:47, conforme art. 49 da Lei Municipal 14.141/2006 e art. 8º, inciso I do Decreto 55.838/2015



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
https://sei.prefeitura.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9245510** e o código CRC **41BC3BC6**.

Referência: Processo nº 6010.2018/0000515-7

SEI nº 9245510

Criado por d729753, versão 4 por d729753 em 26/06/2018 12:15:02.

Matéria PL 89/2016. Documento digitalizado e autenticado por FABIO DE CASTRO PAIVA. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.gov.br/Home/AbriuDocumento?plD=174769