



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 01 do anexo —
do proc. nº 01-253 de 2011
ADELINA C. BITENCOURT
Assistente Parlamentar
RF 100.406

LIDO HOJE
AS COMISSÕES DE: **28º GV – VEREADOR DAVID SOARES**
25 MAI 2011
Const., Just. e Leg. Particip.
Administração Pública
Saúde, Prom. Social, Trabalho e Mulher
Finanças e Orçamento
PRESIDENTE

PROJETO DE LEI nº,

01 - PL
01- 00253/2011

"Dispõe sobre a criação do Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido, cria o Auxílio Pós-Parto para o recém-nascido, e dá outras providências."

JOSÉ POLICE NETO

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º Fica instituído no município de São Paulo o Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido e será implantado como proteção o Auxílio Pós-Parto Recém-nascido.

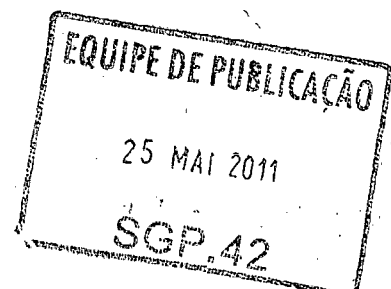
Art. 2º O Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido terá como objetivo fundamental a proteção a saúde e higiene do recém-nascido, por meio de um auxílio financeiro e o benefício é destinado exclusivamente ao bem estar do bebê na aquisição de *vestuário, fraldas, e kit de higiene e limpeza pessoal como sabonete, shampoo, creme anti-assadura, colônia*, entre outros itens necessários a saúde adequada e boa higiene do recém-nascido.

Parágrafo único. A Secretaria Municipal de Saúde é o órgão gestor do Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido.

Art. 3º O Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido será destinado a recém-nascido e seu responsável deverá preencha os seguintes requisitos;

- I – Mãe solteira desempregada;
- II – Mãe casada desempregada cuja renda familiar seja menor que 2 (dois) salários mínimos;
- III – Mãe menor solteira, com seus pais desempregados;
- IV – Família cuja renda seja menor que 2 (dois) salários mínimos.

Parágrafo único. O benefício do Auxílio Pós-Parto será pago a mãe do recém-nascido, ou representante legal, ou pessoa maior responsável pela tutela ou guarda do recém-nascido.



DSF - SGP.22 - 24/05/2011 - 15:23 - 001025 - 1/1

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob nº
2 a 3 e folha de Informação
sob nº 4. 26.51-1
Ass: CA

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

ADELINA C. BITTENCOURT
Assistente Parlamentar
RF 100.406**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO****28º GV – VEREADOR DAVID SOARES**

Art. 4º O valor do Auxílio Pós-Parto será de 70% do salário mínimo nacional e o benefício será pago durante 180 (cento e oitenta) dias e terá início somente após o parto mediante a comprovação que será por atestado médico, documentação do pré-natal e a Certidão de Nascimento.

Parágrafo único. O benefício será devido a mãe que além dos requisitos do artigo 3º da presente lei tenha por residência fixa o município de São Paulo.

Art. 5º Se houver comprovação de desvio de finalidade do objetivo fundamental do Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido, com aquisição de produtos e itens diversos do especificado contrariando a presente lei, a mãe ou o responsável perderá o direito ao recebimento do benefício.

Art. 6º O Conselho Tutelar da região onde reside o recém-nascido é responsável por acompanhar e fiscalizar a execução da lei, cabendo a este instaurar procedimento fiscalizatório quando o objetivo fundamental da presente lei for desviado, conforme art. 5º, e encaminhar a avaliação para a Secretária Municipal de Saúde que decidirá sobre a continuidade da concessão do benefício.

Art. 7º O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 8º As despesas decorrentes desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 9º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em


DAVID SOARES
VEREADOR



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

28º GV – VEREADOR DAVID SOARES

JUSTIFICATIVA

A presente iniciativa se faz relevante uma vez que o Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido vem ampliar o Programa Mãe Paulistana, concedendo ao recém-nascido um direito consagrado na Constituição Federal como objetivo fundamental que é a promoção do bem de todos, assegurando como diz o preâmbulo da Carta Magna o direito social ao bem estar.

Concedendo já, esse direito ao bem estar ao recém-nascido estamos fazendo justiça e garantido o desenvolvimento adequado do bebe, que não rara às vezes sua mãe ou responsável não tem condições financeiras mínimas para aquisição se quer de vestuário, de fraldas que usam em média 10 por dia, totalizando em média 300 fraldas por mês usadas, fora higiene pessoal do neném com o sabonete, shampoo, cremes de anti-assadura e outros itens importantes para a devida saúde do bebe.

Proporcionando que a limpeza e a higiene do bebe seja devidamente realizada com certeza os índices de doenças infanto-juvenis e a mortalidade infantil serão reduzidos pela higiene adequada ao recém-nascido.

A população mais carente é realmente a beneficiada pela presente lei pois a aquisição de tudo que um bebe precisa para ter uma boa saúde custa caro, fralda descartável além de usar muito vem pouco no pacote que se adquire então tem comprar mais. No vestuário os bebes no primeiro ano de vida, logo, nos primeiros meses, principalmente, crescem e se desenvolvem com muita rapidez e trocam de tamanho de roupa muito rápido e se a mãe ou responsável não tem condições financeiras para acompanhar o crescimento do neném, este é que sofre as conseqüências e geralmente acaba nas unidades básicas de saúde para tratamentos respiratórios, pulmonares, gripes e resfriados entre outros males e moléstias existentes.

Sendo assim, nobres pares, conto com o beneplácito apoio desta Augusta Casa de Leis para legislarmos em favor dos necessitados e ao fim vermos aprovada tão relevante iniciativa.

folha nº <u>03</u> do anexo <u>—</u> fls. <u>3</u>
do proc. nº <u>01-253</u> de 20 <u>11</u>
ADELINA C. BITENCOURT LOPES
Assistente Parlamentar
RF 100.406



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 04

do processo nº 01-253 de 2011, 26/5/11 (a) 02

Adelina Cicone Batocchio
Assistente Parlamentar
RF 100.406

À Procuradoria – Setor de Pesquisa e Assessoria de Análise Prévia das
Proposituras

Efetuada a autuação, encaminho os presentes autos para prosseguimento.

231051/2011

[Handwritten signature]

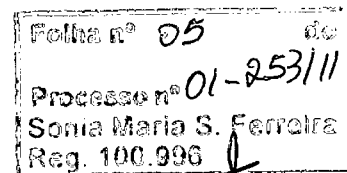
JADER AUGUSTO PIMENTA

Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

RECEBIMOS NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
O(A) 27/06/11 AS 15h00m
POR [assinatura]
DA: _____ AS: _____ h ASS: _____

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Seguem juntado(s) o(s) documento(s) de
fls. 05 A 59. S.P. 04107111

[assinatura]
Sônia Ferreira
Assistente Parlamentar



SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL Nº 0253/11

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo), no site www.senado.org.br e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislacao, a respeito do assunto, foi localizado o seguinte:

-Lei Federal 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;

-Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;

-Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

-Lei Federal nº 11.804, de 5 de novembro de 2008, que disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências;

- Lei Municipal nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, que dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção à Saúde da Gestante e do Recém-nascido, regulamentada pelo Decreto nº 46.966/06;

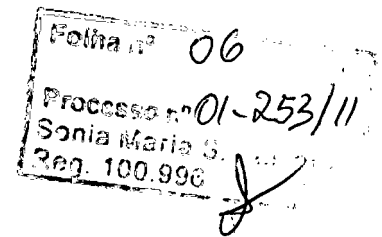
- Lei Municipal nº 13.463, de 3 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a realização de exames de catarata e glaucoma congênitos nos recém-nascidos em hospitais públicos da rede municipal de saúde, regulamentada pelo Decreto nº 42.877/03;

-Lei Municipal nº 13.561, de 17 de abril de 2003, que dispõe sobre a notificação do nascimento de criança aos postos de saúde, através do órgão municipal central de saúde, para os fins que especifica, e dá outras providências

-Lei Municipal nº 14.413, de 31 de maio de 2007, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde do Município, e dá outras providências

- Lei Municipal nº 14.419, de 31 de maio de 2007, que determina a realização de audiometria em recém-nascidos nas unidades da rede pública municipal de saúde;

-Lei Municipal nº 14.821, de 18 de julho de 2008, que altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado, anualmente, no dia 28 de maio, e dá outras providências;



-Lei Municipal nº 14.966, de 21 de julho de 2009, que estabelece diretrizes a serem observadas no atendimento ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso, denominadas de Programa Mãe Canguru, e dá outras providências

-Lei Municipal nº 15.281, de 9 de setembro de 2010, que altera o inciso I do art.2º da Lei nº 14.413, de 31 de maio de 2007;

-PL nº 0273/97, de autoria do Vereador Carlos Neder, que dispõe sobre a criação do Alojamento Conjunto em Unidades Médico-Assistenciais Hospitalares do Município e dá outras providências;

-PL nº 0439/97, de autoria do Vereador Carlos Neder, que dispõe sobre o diagnóstico de gestantes portadoras do vírus HIV e prevenção da transmissão do mesmo aos fetos e crianças recém-nascidas;

-PL nº 0239/98, de autoria do Vereador Carlos Neder, que dispõe sobre a fiscalização da comercialização de substitutos do leite materno e artigos de puericultura correlacionados, no âmbito do Município de São Paulo e dá outras providências;

- PL nº 0139/02, de autoria do Vereador Paulo Frange, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos Centros Hospitalares da Rede Pública do Município de São Paulo de realizarem o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) - "Teste da Orelhinha" em recém nascidos;

-PL nº 0190/02, de autoria do Vereador Ítalo Cardoso, que altera dispositivos da Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, que instituiu o Programa de Saúde da Gestante e do Recém-nascido;

-PL nº 0550/06, autoria do Vereador Aurélio Nomura, que institui no Município de São Paulo o Sistema de Diagnóstico Precoce de Deficiência auditiva, visual, motora e mental; e posterior acompanhamento sistemático e dá outras providências;

-PL nº 0194/07, de autoria do Vereador Carlos Alberto Bezerra Jr., que acrescenta um parágrafo único ao art. 5º da Lei nº 13.211/01, determinando o fornecimento de gratuidade no transporte público para mães com filhos internados em UTI neonatal e/ou Médico Risco, e dá outras providências;

- PL nº 0350/07, de autoria do Vereador Wadih Mutran, que dispõe sobre a realização de exames de retinopatia da pré-maturidade, catarata e glaucoma congênitos nos recém nascidos em maternidades, hospitais ou estabelecimentos congêneres do município de São Paulo;

-PL nº 0507/09, de autoria do Vereador Quito Formiga, que dispõe sobre a assistência especial a gestantes e parturientes e dá outras providências;



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**
PROCURADORIA

07
01-253/11
J

-PL nº 0206/11, de autoria da Vereadora Noemi Nonato, que institui, no âmbito do Município de São Paulo, a Semana de Prevenção e combate à Depressão Pós-Parto e dá outras providências;

-PL nº 0272/11, de autoria do Vereador Alfredinho, que institui programa de distribuição gratuita de fraldas descartáveis nas UBS da cidade de São Paulo, e dá outras providências

Cópia(s) do(s) texto(s) acima indicado(s) acompanha(m) a presente informação.

Envio à Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, para prosseguimento, conforme despacho do Senhor Presidente de fls. 01.

São Paulo, 25 de junho de 2011.

Caio Marcelo de Carvalho Giannini
Procurador Supervisor do Setor de Pesq. e Análise Prévia
OAB/SP 55.289



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Processo
Sonia M.
Reg. 1002

08
01-253/11
X

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Mensagem de veto

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Regulamento

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

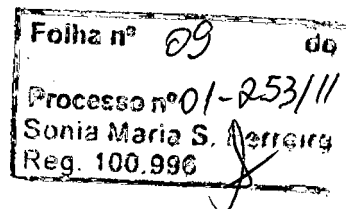
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I
Dos Objetivos e Atribuições



Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - a execução de ações:
 - a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

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;

Processo nº 01-253/11
Sonia Maria S. Barreto
Reg. 101.000

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;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

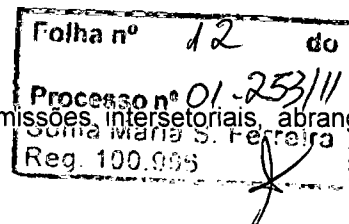
Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões, intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:



- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

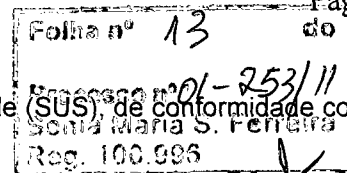
Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

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

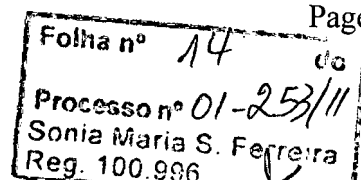
c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

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;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravos 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;

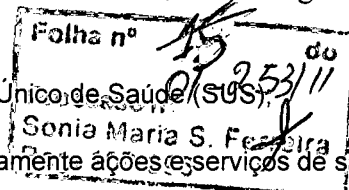
XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

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.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;



II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

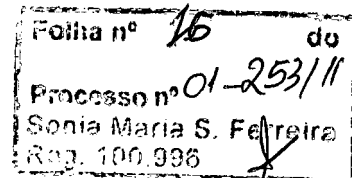
II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;

- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;



V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser priorizado, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Processo nº 01-253/11
Reg. 100.995

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-M. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-N. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-O. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-P. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

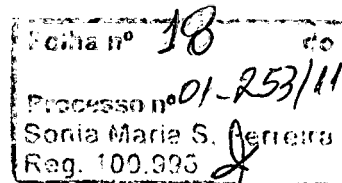
Art. 19-Q. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-R. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-S. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-T. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência

Art. 19-U. (Vide Lei nº 12.401, de 2011) Vigência



TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

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.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II Da Participação Complementar

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

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

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

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

- I - (Vetado)
- II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- III - ajuda, contribuições, doações e donativos;
- IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Processo nº 01-253/11

Sonia Maria

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerencia informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

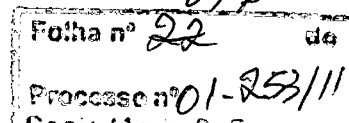
Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for



firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

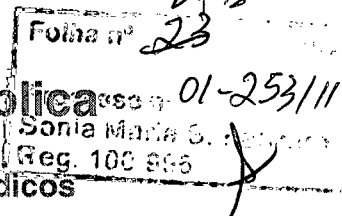
Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alcení Guerra

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 20.9.1990



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos



LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.

Mensagem de veto

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II "Do Sistema Único de Saúde" da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VII "Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato", e dos arts. 19-J e 19-L:

"CAPÍTULO VII
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

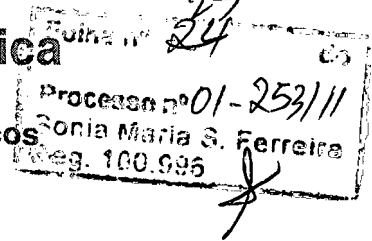
Brasília, 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Humberto Sérgio Costa Lima

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.4.2005.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos



LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007.

Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

- I - maternidade na qual será realizado seu parto;
- II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

§ 1º A vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal.

§ 2º A maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Art. 2º O Sistema Único de Saúde analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da gestante.

Art. 3º A execução desta Lei correrá por conta de recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes suplementares.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcia Bassit Lameiro Costa Mazzoli

Este texto não substitui o publicado no DOU de 28.12.2007

**Presidência da República****Casa Civil****Subchefia para Assuntos Jurídicos**Processo nº 01-253/11
Sônia Maria S. Ferreira
Reg. 100.906**LEI Nº 11.804, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2008.****Mensagem de Veto**

Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei disciplina o direito de alimentos da mulher gestante e a forma como será exercido.

Art. 2º Os alimentos de que trata esta Lei compreenderão os valores suficientes para cobrir as despesas adicionais do período de gravidez e que sejam dela decorrentes, da concepção ao parto, inclusive as referentes a alimentação especial, assistência médica e psicológica, exames complementares, internações, parto, medicamentos e demais prescrições preventivas e terapêuticas indispensáveis, a juízo do médico, além de outras que o juiz considere pertinentes.

Parágrafo único. Os alimentos de que trata este artigo referem-se à parte das despesas que deverá ser custeada pelo futuro pai, considerando-se a contribuição que também deverá ser dada pela mulher grávida, na proporção dos recursos de ambos.

Art. 3º (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º (VETADO)

Art. 6º Convencido da existência de indícios da paternidade, o juiz fixará alimentos gravídicos que perdurarão até o nascimento da criança, sopesando as necessidades da parte autora e as possibilidades da parte ré.

Parágrafo único. Após o nascimento com vida, os alimentos gravídicos ficam convertidos em pensão alimentícia em favor do menor até que uma das partes solicite a sua revisão.

Art. 7º O réu será citado para apresentar resposta em 5 (cinco) dias.

Art. 8º (VETADO)

Art. 9º (VETADO)

Art. 10º (VETADO)

Art. 11. Aplicam-se supletivamente nos processos regulados por esta Lei as disposições das Leis nºs 5.478, de 25 de julho de 1968, e 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de novembro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

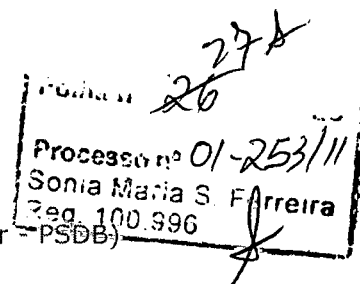
LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Tarso Genro

José Antonio Dias Toffoli

Dilma Rousseff

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.11.2008



LEI Nº 13.211, 13 DE NOVEMBRO DE 2001

(Projeto de Lei nº 80/01, do Vereador Carlos Alberto Bezerra Júnior - PSDB)

Dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município, e dá outras providências.

MARTA SUPPLY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 18 de outubro de 2001, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica instituído o Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido na Cidade de São Paulo.

Art. 2º - O Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido tem por finalidade:

I - assegurar à mulher e ao recém-nascido a assistência integral à saúde, incluindo pré-natal, parto e pós-parto;

II - facilitar e promover o acesso à rede pública de saúde da gestante e recém-nascido;

III - prevenção de doenças no ciclo gravídico-puerperal até o primeiro ano de vida da criança, visando a diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil.

Art. 3º - Fica garantido à gestante e ao recém-nascido atendidos pela rede pública de saúde municipal os benefícios deste Programa, desde que cumpridas as obrigações constantes no artigo 6º desta lei.

Art. 4º - Para o fim específico desta lei, as pessoas interessadas serão cadastradas no sistema municipal de saúde, e receberão, gratuitamente, uma Carteira de Identificação da Gestante, onde constarão os dados do pré-natal.

Parágrafo único - A expedição da Carteira de Identificação da Gestante de que trata esse artigo estará condicionada à elaboração de laudo médico do serviço público de saúde, atestando que a gestante está em tratamento, indicando ainda o período previsto para o mesmo, limitado até o primeiro ano de vida do recém-nascido, e que corresponderá ao prazo de validade da Carteira de Identificação da Gestante.

Art. 5º - São benefícios garantidos às participantes do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido, durante o período do tratamento:

I - garantia de vagas nos leitos dos Hospitais Públicos Municipais e Hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo;

II - concessão de isenção de pagamento de tarifa no sistema de transporte coletivo operado pela São Paulo Transportes S/A, incluindo linhas dos sistemas executivos, microônibus e lotações;

III - distribuição gratuita de medicamentos prescritos durante o tratamento.

Art. 6º - São obrigações das participantes do Programa:

I - apresentar a Carteira de Identificação da Gestante às creches, no local de trabalho e nos demais órgãos de serviços públicos que utilizar, incluindo o Instituto Nacional de Seguridade Social quando estiver em licença-maternidade;

II - cumprir todas as normas médicas do tratamento, incluindo as referentes aos filhos, não faltando a nenhuma consulta ou retorno, sendo que duas faltas não justificadas acarretarão na perda dos benefícios e exclusão do Programa;

III - comparecer às campanhas de vacinação promovidas pela rede pública de saúde.

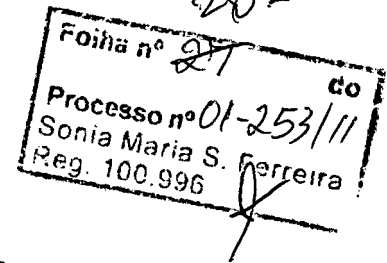
Parágrafo único - Estas obrigações constarão no verso da Carteira de Identificação da Gestante.

Art. 7º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, suplementada se necessário.

Art. 8º - O Executivo regulamentará esta lei no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 9º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 13 de novembro de 2001, 448º da



fundação de São Paulo.
MARTA SUPPLY, PREFEITA
ANNA EMILIA CORDELLI ALVES, Secretária dos Negócios Jurídicos
JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico
EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde
Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 13 de novembro de 2001.
RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

LEI Nº 13.463, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2002

(Projeto de Lei nº 678/01, do Vereador Rubens Calvo - PSB e Paulo Frangeia PTB)

Processo nº 01-253/11
Reg. 100.996

Dispõe sobre a realização de exames de catarata e glaucoma congênitos nos recém-nascidos em hospitais públicos da rede municipal de saúde, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 07 de novembro de 2002, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - As maternidades ou estabelecimentos congêneres do Município de São Paulo deverão realizar exame clínico para diagnóstico de catarata e glaucoma congênitos em recém-nascidos, através da técnica conhecida como reflexo vermelho.

Parágrafo único - O exame a que se refere o "caput" deste artigo será realizado sob responsabilidade técnica do pediatra e oftalmologista da unidade.

Art. 2º - Os recém-nascidos portadores de catarata e glaucoma congênitos serão encaminhados, para cirurgia, em prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados a partir da realização do exame.

Parágrafo único - Os casos positivos deverão ser comunicados aos órgãos de saúde competentes dedicados à pesquisa da referida doença.

Art. 3º - As famílias dos recém-nascidos receberão, quando das altas médicas, relatório dos exames e dos procedimentos realizados, contendo esclarecimentos e orientação quanto à conduta a ser adotada.

Art. 4º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da sua publicação.

Art. 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 3 de dezembro de 2002, 449º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

ANNA EMÍLIA CORDELLI ALVES, Secretária dos Negócios Jurídicos

JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 3 de dezembro de 2002.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 13561

Total de referências : 1

308

29

Processo: 01-253/11

Sonia M. de F. Pereira

Reg. 10/11

1/1

Título: LEI Nº 13.561 17/04/2003 ([ver documento](#))

Sem revogação expressa

Ementa: Dispoe sobre a notificação do nascimento de criança aos postos de saúde, através do órgão municipal central de saúde, para os fins que especifica, e da outras providências.

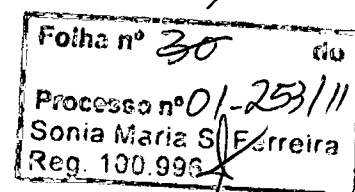
Projeto: Projeto de Lei Nº 457/2001 ([ver documento](#))

Autor(es): Claudio Fonseca

Regulamentação: Decreto nº 43.407/2003 - Regulamenta esta Lei. ([ver documento](#))

PARA VERIFICAR SE HÁ ALTERAÇÕES PARA OS ATOS E DECRETOS DE REGULAMENTAÇÃO DESTA NORMA, FAÇA NOVA PESQUISA PELO NÚMERO DE CADA ATO OU DECRETO DE REGULAMENTAÇÃO.

[\[Back \]](#)



LEI Nº 13.561, DE 17 DE ABRIL DE 2003
 Projeto de Lei nº 457/01, do Vereador Cláudio Fonseca - PC do B)

Dispõe sobre a notificação do nascimento de crianças aos postos de saúde, através do órgão municipal central de saúde, para os fins que especifica, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 20 de março de 2003, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Ficam os hospitais e maternidades, situados no âmbito do Município, obrigados a notificar, ao órgão competente da saúde municipal, os nascimentos ocorridos em suas instalações, através do Sistema Único e Público de Saúde, a partir da aprovação da presente lei.

Art. 2º - De posse das informações prestadas na forma prevista no artigo 1º, o órgão municipal de saúde enviará os dados obtidos ao posto de saúde mais próximo da residência do responsável pelo recém-nascido.

Art. 3º - Caberá ao posto de saúde de que trata o artigo 2º enviar à residência do responsável, após prévio comunicado, profissional da área de saúde treinado a prestar informações complementares acerca dos cuidados necessários à promoção do adequado desenvolvimento do recém-nascido.

Parágrafo único - Para os fins de que trata este artigo, o profissional destacado disporá de material didático voltado, entre outros aspectos, à conscientização da importância do aleitamento materno, do acompanhamento médico periódico e do fornecimento de alimentação balanceada para o sadio desenvolvimento da criança.

Art. 4º - O descumprimento do disposto na presente lei ensejará, no caso dos hospitais ou maternidades, cobrança de multa que será aplicada a cada notificação não efetuada.

Parágrafo único - Caso o descumprimento à presente lei derive do órgão municipal competente, motivada por negligência de servidor ou de equipe responsável, serão aplicadas as penalidades compatíveis, observada a legislação competente.

Art. 5º - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 6º - As despesas decorrentes da execução da presente lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 17 de abril de 2003, 450º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

LUIZ TARCISIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 17 de abril de 2003.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 14413

Total de referências : 1

328

Folha nº 31	do
Processo nº 01-253/11	
Sonia Maria S. Ferreira	
Reg. 100.995	

1/1

Título: LEI Nº 14.413 31/05/2007 ([ver documento](#))

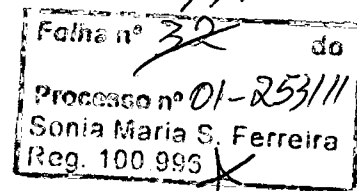
Sem revogação expressa

Ementa: Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 920/1997 ([ver documento](#))

Autor(es): Carlos Neder

Alterações: Lei 15.281/2010 - Altera o inciso II do art. 2º desta Lei. ([ver documento](#))[\[Back \]](#)



LEI Nº 14.413, DE 31 DE MAIO DE 2007

(Projeto de Lei nº 920/97, do Vereador Carlos Neder - PT)

Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 8 de maio de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º A prestação dos serviços de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, será universal e igualitária, nos termos do art. 213 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Município:

I – ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;

II – ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;

III – não ser identificado ou tratado por:

a) números;

b) códigos;

c) ou de modo:

1. genérico;

2. desrespeitoso;

3. preconceituoso;

IV – poder identificar as pessoas responsáveis, direta ou indiretamente, por sua assistência através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

a) nome completo;

b) função;

c) cargo;

d) nome da instituição;

V – receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

a) hipóteses diagnósticas;

b) diagnósticos realizados;

c) exames solicitados;

d) ações terapêuticas;

e) riscos e benefícios dos tratamentos propostos;

f) duração prevista do tratamento proposto;

g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos:

1. necessidade ou não de anestesia;

2. tipo de anestesia a ser aplicada;

3. instrumental a ser utilizado;

4. partes do corpo afetadas;

5. efeitos colaterais, riscos e consequências indesejáveis;

6. duração esperada do procedimento;

h) exames e condutas a que será submetido;

i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

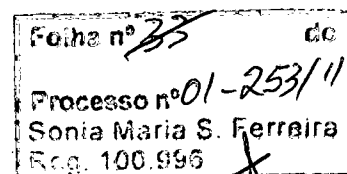
j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento em outros serviços;

l) outras questões que julgar necessárias;

VI – recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VII – acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do art. 3º da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995;

VIII – receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;



IX – receber os medicamentos prescritos, acompanhados de bula, impressa de forma compreensível e clara, contendo:

- a) efeitos colaterais;
- b) contra-indicações;
- c) data de fabricação;
- d) prazo de validade;
- e) nome genérico do princípio ativo;
- f) posologias usuais;

X – receber as receitas:

- a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) datilografadas ou em caligrafia legível;
- c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão;
- e) com assinatura do profissional;

XI – conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XII – ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

- a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas;
- b) registro da quantidade de sangue recebida e dados que permitam:
 - 1. identificar a sua origem;
 - 2. sorologias efetuadas;
 - 3. prazo de validade;

XIII – ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;
- b) a privacidade;
- c) a individualidade;
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;

XIV – ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XV – ter a presença do pai do nascituro nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVI – ter a presença de um neonatologista por ocasião do parto e a realização dos exames laboratoriais obrigatórios no recém-nascido;

XVII – receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem-estar;

XVIII – ter um local digno e adequado para o atendimento;

XIX – receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XX – ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXI – receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

XXIII – optar pelo local da morte.

§ 1º A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 3º É vedado aos serviços públicos de saúde e às entidades, públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público:

358

Folha nº 34	do
Processo nº 01-253/11	
Sonia Maria S. Ferreira	
Reg. 100 000	

I - realizar, proceder ou permitir qualquer forma de discriminação entre os usuários dos serviços de saúde;

II - prestar serviços ou ações de saúde discriminatórios, em termos de acesso ou qualidade, entre usuários do Sistema Único de Saúde e os beneficiários de planos, seguros, contratos ou convênios privados de saúde, próprios ou por eles intermediados;

III - manter acessos diferenciados para os usuários do Sistema Único de Saúde e quaisquer outros usuários, em face de necessidades de atenção semelhantes.

Parágrafo único. O disposto no inciso III deste artigo compreende também as portas de entrada e saída, salas de estar, guichês, listas de agendamento e filas de espera.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I - a igualdade de acesso, em idênticas condições, a todo e qualquer procedimento, médico ou não, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único. O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades, públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º O descumprimento do disposto nesta lei implicará, sem prejuízo das sanções administrativas, civis e penais cabíveis, na suspensão imediata da transferência dos recursos do Sistema Único de Saúde à entidade, de qualquer natureza, infratora.

Parágrafo único. Qualquer pessoa é parte legítima para comunicar os casos de descumprimento desta lei ao Conselho Municipal de Saúde.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 31 de maio de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 31 de maio de 2007.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

362

35

Processo nº 01-253/11

Sonia Maria S. Ferreira

em 31 de maio de 2007

LEI Nº 14.419, DE 31 DE MAIO DE 2007

(Projeto de Lei nº 70/05, do Vereador Edivaldo Estima - PPS)

Torna obrigatória a realização de diagnóstico de audição (audiometria) em recém-nascidos, nas unidades da rede municipal de saúde do Município de São Paulo, e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 22 de maio de 2007, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º A Rede Pública Municipal de Saúde deverá promover a realização de diagnóstico da audição (audiometria) nos recém-nascidos, imediatamente após o seu nascimento.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 31 de maio de 2007, 454º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 31 de maio de 2007.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 14821

Total de referências : 1

372

Folha nº 36	do
Processo nº 01-253/11	
Sonia Maria S. Ferreira	
Reg. 100.996	

1/1

Título: LEI Nº 14.821 18/07/2008 ([ver documento](#))

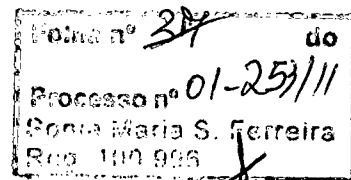
Sem revogação expressa

Ementa: Altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente, no dia 28 de maio, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 405/2007 ([ver documento](#))

Autor(es): Carlos Neder

[\[Back \]](#)



LEI Nº 14.821 DE 18 DE JULHO DE 2008

(PROJETO DE LEI Nº 405/07)

(VEREADOR CARLOS NEDER - PT)

Altera a Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, para incluir o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente no dia 28 de maio, e dá outras providências.

Antonio Carlos Rodrigues, Presidente da Câmara Municipal de São Paulo, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo, de acordo com o § 7º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, promulga a seguinte lei:

Art. 1º Fica acrescida alínea ao inciso XCIII do art. 7º da Lei nº 14.485, de 19 de julho de 2007, incluindo o Dia Municipal de Ação pela Saúde da Mulher e pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a ser comemorado anualmente no dia 28 de maio.

Art. 2º As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Câmara Municipal de São Paulo, 24 de julho de 2008.

O Presidente, Antonio Carlos Rodrigues

Publicada na Secretaria Geral Parlamentar da Câmara Municipal de São Paulo, em 24 de julho de 2008.

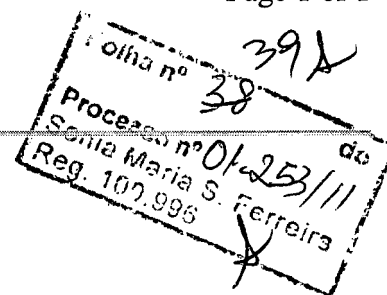
O Secretário Geral Parlamentar em exercício, Raimundo Batista

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 14966

Total de referências : 1



1/1

Título: LEI Nº 14.966 21/07/2009 ([ver documento](#))

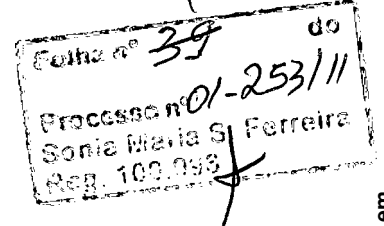
Sem revogação expressa

Ementa: Estabelece diretrizes a serem observadas no atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, denominadas de Programa Mãe Canguru, e dá outras providências.

Projeto: Projeto de Lei Nº 349/2009 ([ver documento](#))

Autor(es): Juliana Cardoso

[\[Back \]](#)



LEI Nº 14.966, DE 21 DE JULHO DE 2009

(Projeto de Lei nº 349/09, da Vereadora Juliana Cardoso - PT)

Estabelece diretrizes a serem observadas no atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, denominadas de Programa Mãe Canguru, e dá outras providências.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 25 de junho de 2009, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Ficam estabelecidas diretrizes, denominadas de Programa Mãe Canguru, a serem observadas pelos hospitais e maternidades pertencentes à rede municipal de saúde de São Paulo no atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Art. 2º Para os fins no disposto na presente lei, define-se o Método Mãe Canguru como um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre os pais e o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo dessa forma uma participação maior dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.

Parágrafo único. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso, apenas de fralda, toucas e meias, em decúbito prono, na posição vertical contra o peito do adulto.

Art. 3º O Programa Mãe Canguru consiste na observância, sempre que isso se efetivar possível e desejável sob o ponto de vista médico, das seguintes diretrizes:

I - envidar esforços para proporcionar o acesso dos pais à Unidade Neonatal, incentivando, sempre que possível, o contato útil com a criança;

II - orientar os pais a segurar o bebê junto ao peito, conversando com ele para transmitir o mesmo calor e aconchego que ele usufruiu na vida intra-uterina, mantendo a temperatura do bebê ao redor de 37º centígrados, diminuindo o seu gasto energético e facilitando o ganho de peso;

III - manter o bebê permanentemente estimulado com os movimentos respiratórios dos pais, com os ruídos dos batimentos cardíacos, criando assim laço psicoafetivo entre os pais e filho;

IV - estimular o menor tempo de separação entre mãe, pai e filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial e motora;

V - humanizar a assistência e facilitar o processo de amamentação ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

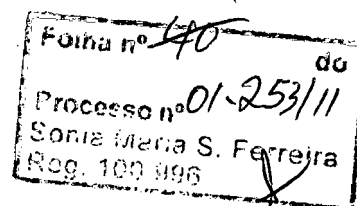
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 21 de julho de 2009, 456º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 21 de julho de 2009.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

PUBLICADO DOC 10/09/2010, p. 1 c. 2



LEI Nº 15.281, DE 9 DE SETEMBRO DE 2010

(Projeto de Lei nº 144/08, do Vereador Carlos Neder - PT)

Altera o inciso II do art. 2º da Lei nº 14.413, de 31 de maio de 2007.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, nos termos do disposto no inciso I do artigo 84 do seu Regimento Interno, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º O inciso II do art. 2º da Lei nº 14.413, de 31 de maio de 2007, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º São direitos dos usuários dos serviços de saúde do Município:

.....
II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome, ou ainda, em se tratando de usuário travesti, transexual ou transgênero, pelo nome social que adotaram."(NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 9 de setembro de 2010, 457º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 9 de setembro de 2010.



Câmara Municipal de São Paulo

PROJETO DE LEI N.º

01 - PL
01-0273/1997

422
4T
Processo nº 01-253/11
Gonina Maria S. Ferreira
Reg. 100.96

fls. 43

Dispõe sobre a criação do Alojamento Conjunto em Unidades Médico-Assistenciais Hospitalares do Município e dá outras providências.

Artigo 1º - Fica obrigatória a adoção do "Alojamento Conjunto" em todas as Unidades Médico-Assistenciais Hospitalares do Município de São Paulo.

Artigo 2º - Para efeito desta lei, entende-se por Alojamento Conjunto o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente até a alta hospitalar.

Artigo 3º - Os objetivos do Alojamento Conjunto são:

I - estimular e motivar o aleitamento materno, de acordo com as necessidades da criança, com precocidade, intensidade e assiduidade.

II - fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho, através do relacionamento precoce;

III - permitir a observação constante do recém-nato pela mãe;

IV - oferecer condições à equipe de saúde de promover o apoio psíquico e o treinamento materno;

V - manter intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família;

VI - diminuir o risco de infecção hospitalar;

VII - facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido;

VIII - reduzir a área destinada ao berçário para recém-nascidos normais, que poderá ser utilizada de acordo com as necessidades do hospital.

Artigo 4º - A adoção do "Alojamento Conjunto" não representa a extinção do berçário, que será necessário para prestar assistência aos recém-nascidos que apresentem riscos na sua adaptação à vida extra-uterina, aos que tenham condições patológicas e àqueles cujas mães não lhes possam prestar cuidados.

Artigo 5º - As unidades médico-assistenciais hospitalares privadas não poderão estabelecer tarifas diferenciadas para o Alojamento Conjunto.



Câmara Municipal de São Paulo

Processo nº 01-253/11
Sonia Maria S. Ferreira
Reg. 100.996

Artigo 6º - A Prefeitura Municipal elaborará a normatização técnica relativa aos recursos humanos, físicos e materiais necessários, de acordo com as exigências do Ministério da Saúde.

Artigo 7º - As despesas decorrentes da presente Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Artigo 8º - Esta Lei será regulamentada pelo Poder Executivo no prazo de 60 (sessenta) dias, contados do início de sua vigência.

Artigo 9º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 10 - Revogam-se as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em 08 de abril de 1997.

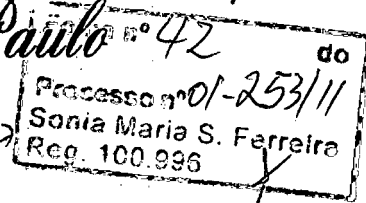

CARLOS NEDER
Vereador - PT



Câmara Municipal de São Paulo

JUSTIFICATIVA

273/97



O aleitamento materno é um modo insubstituível de fornecer o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável de lactentes, tendo também uma influência biológica e emocional importante sobre a saúde tanto de mães quanto de crianças. As propriedades anti-infecciosas do leite materno ajudam a proteger as crianças contra doenças.

O abandono da prática do aleitamento materno foi um fenômeno marcante em várias partes do mundo, principalmente no período do pós-guerra até o início da década de setenta. A partir de então, iniciou-se um movimento mundial pela retomada desta prática, principalmente através de programas nacionais apoiados pela Organização Mundial de Saúde - (OMS) e Fundo das Nações Unidas pela Infância - (UNICEF).

Dados da última pesquisa realizada no Brasil sobre este tema em 1989, indicam que a ausência de alojamento conjunto é um dos fatores que influenciam negativamente na adoção e duração do aleitamento materno.

A grande maioria dos bebês nasce em hospitais e, portanto, estes representam hoje a primeira oportunidade para se resolver os principais obstáculos ao início e manutenção do aleitamento materno.

O contato visual e físico entre mãe e filho estabelecido imediatamente após o nascimento deve ser mantido e o acesso de uma mãe a seu filho não deve ser limitado. Portanto, o alojamento conjunto deve substituir a prática de manter mãe e filho em quartos separados.

O alojamento conjunto tem várias vantagens importantes: facilita a ligação afetiva entre mãe e filho, permite a amamentação sob livre demanda e permite um contato mais próximo com o pai e outros familiares. O risco de infecções neonatais, uma grande preocupação na atualidade, é menor no quarto da mãe do que no ambiente fechado de um berçário.

Pelo exposto, consideramos fundamental a adoção de legislação específica para o estabelecimento do sistema de alojamento conjunto em todos os hospitais do município de São Paulo.

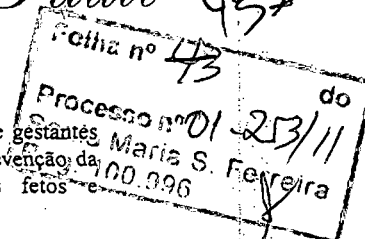
Julia Nodari



Câmara Municipal de São Paulo

01 - PL
PROJETO DE LEI Nº 01-0439/1997

Dispõe sobre o diagnóstico de gestantes portadoras do vírus HIV e prevenção da transmissão do mesmo aos fetos e crianças recém-nascidas.



A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º - É garantido pelo Poder Executivo à toda gestante, por ocasião do acompanhamento pré-natal:

I - a realização de teste sorológico anti-HIV;

II - o aconselhamento pré e pós-teste, compreendendo:

- a) informações sobre o acompanhamento médico e a importância de sua realização;
- b) o significado da soropositividade do ponto de vista individual e social;
- c) as vantagens de assistência durante a gestação e o parto;

III - a atenção clínica no caso de soropositividade, inclusive com fornecimento de medicamentos anti-retrovirais e outros necessários.

Parágrafo Único - O teste tratado pelo inciso I deste artigo somente será realizado com a anuência da gestante, e após ter-lhe sido prestado o aconselhamento necessário, na forma do inciso II supra.

Art. 2º - Toda criança lactente, cuja mãe possua diagnóstico positivo de teste sorológico anti-HIV, tem direito a receber da rede de saúde pública do Município o leite, em quantidade necessária à sua sobrevivência, desde seu nascimento até a idade de dois anos completos.

Art. 3º - Os responsáveis pelos órgãos de saúde, que não cumprirem o quanto determinado por esta lei, responderão pelo crime de periclitacão da vida e da saúde, tipificado no Código Penal.

Art. 4º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua publicação.

Art. 5º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala das Sessões, em 20 de maio de 1997.

Carlos Neder
Vereador - PT



Câmara Municipal de São Paulo 462

JUSTIFICATIVA

Segundo dados recentes, foram notificados no Brasil, até novembro de 1996, 94.997 casos de infecção pelo vírus HIV, dos quais 18.320 casos são em mulheres. Mais de 70% das mulheres infectadas encontram-se em idade variando entre 13 e 39 anos.

O número de mulheres infectadas pelo HIV vem crescendo no país. Em 1984, havia uma relação de 28 homens infectados para cada mulher; em 1996, esta relação decresceu, atingindo o nível de apenas 4 homens para cada mulher. Ressalte-se, ainda, que o grupo mais afetado foi justamente o das mulheres heterossexuais, que representou 57,5% dos casos diagnosticados em 1996.

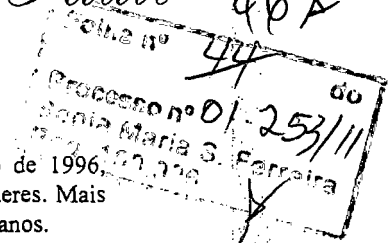
Com base nestes dados, não se pode deixar de considerar o risco de infecção dos fetos e filhos recém-nascidos de mães portadoras do vírus.

Pesquisas têm demonstrado que o uso do AZT ou de outros anti-retrovirais por mulheres soropositivas durante a gestação reduz a chance de transmissão vertical. Por esse motivo, torna-se de extrema relevância realizar o teste sorológico anti-HIV em todas as gestantes durante o pré-natal. Entretanto, embora a detecção da infecção pelo HIV em mulheres grávidas seja fundamental para reduzir a transmissão vertical, é particularmente doloroso para uma mulher descobrir-se portadora do HIV durante a gestação, de modo que a solicitação desse exame deve ser feita somente após orientação à gestante a respeito das vantagens e do significado do teste no seu contexto de vida, bem como somente com sua anuência.

Da mesma maneira sabe-se que o vírus pode ser transmitido pelo leite humano por um período de até 18 meses após o parto e pode penetrar através da mucosa nasofaríngea ou gastrointestinal do lactente, infectando-o. O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é ainda maior que o de transmissão intra-útero ou no canal de parto. Portanto, mães portadoras do vírus HIV não podem amamentar em função do risco de transmissão da doença ou do aumento da carga viral às crianças já infectadas.

O Poder Público tem por obrigação adotar providências para o equacionamento desses problemas, como forma de diminuir a proliferação do vírus. E é nesse sentido que apresentamos o presente projeto de lei, visando ao diagnóstico das mulheres gestantes infectadas pelo vírus HIV, a tempo de possibilitar a realização do necessário tratamento para diminuir o risco de infecção do feto. Da mesma forma, visa obrigar o fornecimento de leite artificial por parte do Poder Público aos recém-nascidos, cujas mães sejam portadoras do vírus HIV, o que certamente importará em redução significativa da transmissão vertical do vírus.


CARLOS NEDER
Vereador





Câmara Municipal de São Paulo

PROJETO DE LEI

01 - PL
01-0239/1998

478

Política nº 45

Processo nº 01-253/11

Sonia Maria S. Ferreira

Reg. 100.000

Dispõe sobre a fiscalização da comercialização de substitutos do leite materno e artigos de puericultura correlacionados no âmbito do Município de São Paulo e dá outras providências.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º - A fiscalização da comercialização de substitutos do leite materno e demais artigos de puericultura relacionados à alimentação infantil, fabricados no país ou importados e as informações de uso, ficam regulamentados por esta lei no âmbito do Município de São Paulo.

§ 1º - Para as finalidades desta lei, são considerados substitutos do leite materno, quando comercializados ou de outra forma apresentados para uso de crianças menores de dois anos, como um substituto parcial ou total do leite materno os seguintes produtos:

- I - leites infantis modificados, inclusive fórmulas de seguimento;
- II - leite em pó, leite pasteurizado e leite esterilizado;
- III - alimentos complementares e bebidas, a base de leite ou não.

§ 2º - Os artigos de puericultura correlacionados à alimentação de crianças menores de dois anos, para fins desta lei, são considerados:

- I - as mamadeiras e seus bicos, comercializados ou indicados para o uso como recipientes para produtos líquidos relacionados no parágrafo 1º desse artigo;
- II - as chupetas e os mordedores comercializados ou indicados para uso infantil.

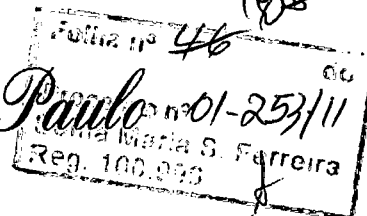
Art. 2º - Os alimentos para lactentes devem atender os padrões de qualidade e as especificações do *Codex Alimentarius* do Fundo das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Art. 3º - As mamadeiras, bicos, chupetas e mordedores não podem conter mais de dez partes por bilhão de nitrosaminas e devem atender os padrões de qualidade exigidos por norma específica, expedida pelos órgãos competentes.

Art. 4º - Fica proibida a comercialização dos produtos relacionados no § 1º, do artigo 1º, cujas embalagens e rótulos possuam:



Câmara Municipal de São Paulo



a) ilustrações, fotos ou imagens de bebê ou de outras formas que possam sugerir a utilização do produto como sendo o ideal para a alimentação de crianças menores de dois anos;

b) frases ou expressões que possam por em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos.

Art. 5º - Os rótulos dos leites infantis modificados, além de atenderem os dispositivos previstos no Capítulo III do Decreto Lei nº 986, de 21 de outubro de 1969 e demais normas editadas pela Comissão Interministerial de Indústria, Saúde e Agricultura, devem exibir, em lugar de destaque, de forma legível e de fácil visualização:

I - as seguintes mensagens:

a) "O aleitamento materno evita infecções e alergias e fortalece o vínculo mãe-filho."

b) "Este produto só deve ser utilizado para lactentes quando orientado por médico ou nutricionista."

II - instruções para a correta preparação do produto e a dosagem para a diluição, quando for o caso, incluindo medidas de higiene a serem observadas.

Parágrafo único - É vedada a utilização de expressões tais como "leite humanizado", "leite maternizado", "substituto de leite materno" ou similares, que possam sugerir semelhança do produto com o leite materno.

Art. 6º - Os rótulos de leites em pó, pasteurizados e esterilizados devem conter as seguintes mensagens:

I - para os leites desnatados - "Este produto não deve ser usado como fonte de alimentação do lactente";

II - para os leites semi-desnatados e padronizados tipo C e "reconstituídos" - "Este produto não deve ser usado como única fonte de alimentação do lactente";

III - para os leites integrais, tipos A e B - "Este produto não deve ser usado como única fonte de alimentação do lactente, salvo sob orientação médica ou nutricionista".

Art. 7º - Os rótulos de alimentos complementares e bebidas, a base de leite ou não, devem conter as seguintes mensagens:

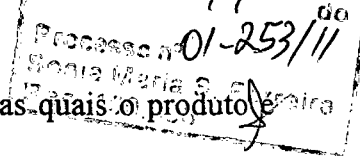
I - "O aleitamento materno deve ser mantido após a introdução de novos alimentos na dieta da criança, até completar dois anos de idade, pelo menos."

II - "Este produto não deve ser utilizado na alimentação dos lactentes nos primeiros seis meses de vida, salvo sob orientação de médico ou nutricionista."

Art. 8º - Os rótulos de alimentos elaborados para atender a necessidades especiais de lactentes devem conter informações sobre as características



Câmara Municipal de São Paulo



específicas do produto, sem indicar as condições de saúde nas quais o produto é indicado ou pode ser utilizado.

Art. 9º - É obrigatório o uso de embalagens e/ou rótulos em mamadeiras, bicos, chupetas e mordedores.

§ 1º - As embalagens e/ou rótulos desses produtos, além de atenderem a legislação específica, devem conter a seguinte mensagem: "A criança amamentada no seio não necessita de mamadeira e de bico".

§ 2º - É vedada a utilização de expressões ou frases que possam sugerir semelhança desses produtos com a mama e o mamilo.

§ 3º - É vedada a utilização de ilustrações, fotos ou imagens de bebê ou de outras formas que possam sugerir a utilização do produto como sendo ideal para uso infantil.

Art. 10 - Os infratores desta lei sujeitar-se-ão às seguintes penalidades, a serem aplicadas progressivamente, em caso de reincidência:

I - multa de 500 (quinhentas) UFIRs;

II - multa de 1000 (mil) UFIRs;

III - suspensão temporária do alvará de licença de funcionamento por 30 (trinta) dias;

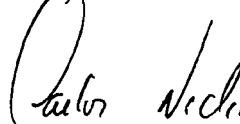
IV - cassação do alvará de licença de funcionamento.

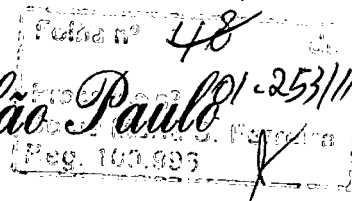
Art. 11 - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir da data de sua publicação.

Art. 12 - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 13 - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, em 17 de março de 1998


CARLOS NEDER
Vereador - PT

*Câmara Municipal de São Paulo***JUSTIFICATIVA**

A perda do hábito de amamentar implica em impacto negativo sobre a saúde das mulheres e do bebê. Para as crianças o aleitamento materno é capaz de proteger contra diarreias, doenças respiratórias e outras infecções, alergias, diabetes e câncer. Para as mulheres o aleitamento natural reduz a possibilidade de hemorragia no pós-parto, promove maior espaçamento entre as gestações e reduz o risco de câncer de mama.

Por isso, espera-se que a sociedade e os governos se comprometam a proteger a mãe lactante, no período em que seu corpo tem o poder de produzir um alimento único e insubstituível para a espécie.

Uma mobilização mundial em prol do resgate da amamentação ocorreu durante a década de 70, com o apoio de dois organismos das Nações Unidas: O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Um fator importante de impulso desse movimento foi a publicação, em março de 1974, do livro *The Baby Killer*, de Mike Muller, resultado de uma investigação realizada por uma organização não-governamental sobre a promoção e a venda de leite em pó para bebês no Terceiro Mundo.

A indústria de alimentos infantis foi, então, acusada de promover seus produtos em comunidades que não podem usá-los adequadamente, de usar estratégias agressivas de *marketing* e em serviços de saúde para promover seus produtos, além de distribuir amostras e donativos.

Em fins de 1979, de uma reunião conjunta da OMS e do UNICEF - da qual participaram representantes de 150 países, entre eles o Brasil, representantes da indústria de alimentos infantis e várias organizações governamentais e não-governamentais - na qual foi reconhecida a necessidade e decidida a criação de normas para a comercialização e a distribuição de alimentos para lactentes.

Em maio de 1981, na 34ª Assembléia Mundial de Saúde, foi então aprovado o Código Internacional de comercialização de Substitutos do Leite Materno, assinado por 117 países, inclusive o Brasil.

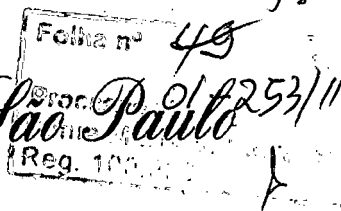
Apesar de todos esses avanços, dirigentes da OMS informaram, durante a comemoração da Semana Mundial da Amamentação, em agosto de 1996, que a cada ano, morrem no mundo mais de um milhão de crianças e outras milhões sofrem com doenças diarreicas ou má nutrição porque não foram adequadamente amamentadas.

Em nosso país, ações de incentivo ao aleitamento materno já eram incluídas no II Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1976, ao que se seguiu a realização de uma pesquisa com o objetivo de fazer um diagnóstico do aleitamento materno no país.

Este estudo revelou uma baixa prevalência da amamentação e que 50% das nossas crianças eram desmamadas em torno do segundo mês de vida. Dentre as



Câmara Municipal de São Paulo



causas desta situação foi apontada a publicidade indiscriminada de alimentos infantis industrializados.

Na última década, em parte como resultado da existência de um Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno em nosso país, a produção de leite em pó modificado, produto típico da alimentação de lactentes, reduziu-se a quase a metade, segundo dados da Divisão de Inspeção de Produtos de Origem Animal, do Ministério da Agricultura.

O mercado brasileiro desses produtos é, segundo um estudo do Centro de Lactação de Santos, da ordem de 600 milhões de reais ao ano. Não estão incluídos nesses cálculos as potencialidades dos mercados de outros alimentos infantis e de produtos de puericultura, tais como mamadeiras, bicos e chupetas, nem os ganhos de empresas de publicidade e comunicação social.

A partir de 1991, começaram a ser publicados artigos, científicos chamando a atenção para a ação oncogênica e mutagênica das n-nitrosaminas, detectadas em bicos de mamadeiras e chupetas. Alguns países passaram a estabelecer limites e a trabalhar com suas indústrias para minimizar os níveis dessas substâncias.

Em nosso país, já dispomos de alguns laboratórios com capacidade técnica para análise e dosagem de nitrosaminas naqueles produtos, razão pela qual esta matéria passou a fazer parte da Norma Brasileira.

A Senadora Benedita da Silva (PT-RJ) apresentou projeto de lei sobre a comercialização de substitutos do leite materno e artigos de puericultura, que se encontra em tramitação no Senado Federal. No âmbito do Município de São Paulo, cumpre destacar que foi sancionada a Lei Municipal nº 12.570/98, de nossa iniciativa parlamentar, que dispõe sobre a instituição da Semana Municipal do Aleitamento Materno.

A aprovação do presente projeto de lei contribuirá para a adoção de medidas disciplinadoras da comercialização de substitutos do leite materno e de artigos de puericultura, no âmbito do município, o que se constituirá em fator de incentivo ao aleitamento materno e à criação de uma cidade saudável e solidária.

PROJETO DE LEI 01-0139/2002, do Vereador Paulo Frange.

"Dispõe sobre a obrigatoriedade dos Centros Hospitalares da Rede Pública do Município de São Paulo de realizarem o exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) - "Teste da Orelhinha" em recém nascidos.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO decreta:

Art.1º - Fica instituída nos Centros Hospitalares da Rede Pública do Município de São Paulo, a obrigatoriedade da realização do exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA), popularmente conhecido como "Teste da Orelhinha, em bebês recém nascidos para o diagnóstico precoce da surdez.

Parágrafo Único - O exame de que trata o "caput" deve ser feito a partir de 48 horas do nascimento do bebê até uma semana de vida, salvo quando, por determinação médica, outra data for julgada necessária.

Art. 2º - Fica estipulado o prazo de 180 (cento e oitenta) dias para os Centros Hospitalares da Rede Pública se equiparem com aparelhagem apta a realizar o exame de Emissões Otoacústicas em bebês recém nascidos.

Parágrafo único- Na impossibilidade de aquisição do equipamento por licitação no prazo supra, fica o Poder Executivo obrigado a proceder a locação dos mesmos durante o período licitatório.

Art. 3º- Em caso de descumprimento desta lei, serão aplicadas ao infrator as seguintes penalidades:

I- multa de 500 FMP na lavratura do auto da primeira infração;

II- multa de 1000 FMP na reincidência.

Parágrafo Primeiro- Em caso de extinção da FMP (Fundo Monetário Padrão) ela será substituída por aquela que, na época, lhe for equivalente.

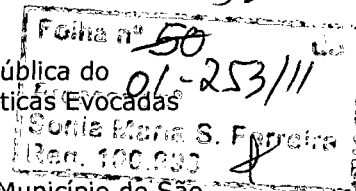
Parágrafo Segundo- A atualização monetária dos débitos previstos no "caput" serão efetuadas em consonância com a Lei 13.275 de 04 de Janeiro de 2002.

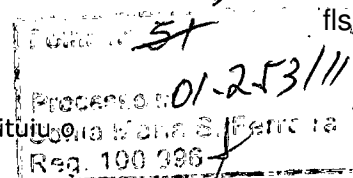
Art. 4º - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 5º- As despesas decorrentes com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

SALA DAS SESSÕES, 13 de Março de 2.002 Às Comissões competentes."





PROJETO DE LEI 01-0190/2002, do Vereador Ítalo Cardoso.

"Altera dispositivos da Lei 13.211 de 13 de novembro de 2001, que instituiu o Programa da Saúde da Gestante e do Recém Nascido.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO decreta:

Art. 1.º - O inciso I do artigo 1.º da Lei 13.211 de 13 de novembro de 2001 passa a vigorar com a seguinte redação:

"I - assegurar à mulher, ao futuro pai e o recém nascido a assistência integral à saúde, incluindo pré-natal, parto e pós-parto;"

Art. 2.º - O artigo 3.º da Lei 13.211 de 13 de novembro de 2001 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3.º - Ficam garantidos à gestante e ao recém-nascido atendidos pela rede pública de saúde municipal os benefícios deste Programa."

Art. 3.º - O artigo 5.º da Lei 13.211 de 13 de novembro de 2001 passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV e respectivas alíneas:

"IV - frequência a curso gratuito direcionado às gestantes e futuros pais, que aborde os seguintes temas:

- a) Ansiedade e tensão na gravidez;
- b) Vida sexual do casal durante a gestação;
- c) Importância do afeto no desenvolvimento da criança, fases do desenvolvimento uterino e seus aspectos psicológicos;
- d) Parto, tipos de parto e sinais;
- e) Depressão pós-parto ou puerperal;
- f) Amamentação e higiene do bebê;
- g) Legislação trabalhista, licença maternidade e Paternidade;
- h) Registro da criança;
- i) Vacinação."

Art. 4.º - Revoga-se o parágrafo único do artigo 4.º da Lei 13.211 de 13 de novembro de 2001.

Art. 5.º - As despesas decorrentes da aplicação desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6.º - O Executivo regulamentará esta lei no prazo de sessenta dias.

Art. 7.º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Às comissões competentes, sala das sessões, em"

52
Processo 01-253/11
100 520

PROJETO DE LEI 01-0550/2006 do Vereador Aurélio Nomura (PV)

"Institui no Município de São Paulo, Sistema de Diagnóstico Precoce de Deficiência auditiva, visual, motora e mental; e posterior acompanhamento sistemático, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo, decreta:

Art. 1º - Fica instituído no Município de São Paulo o Sistema de Diagnóstico Precoce, como ação preventiva de deficiência auditiva, visual, motora, mental e das deficiências múltiplas; bem como seu posterior acompanhamento sistemático;

Parágrafo Único - O acompanhamento sistemático mencionado no "caput" deste artigo, consistirá no atendimento psicológico e serviços de orientação e apoio às famílias e ao recém-nascido portador de necessidades especiais, e sua implantação será de responsabilidade conjunta da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social; Secretaria Especial da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida; Secretaria da Saúde e Secretaria da Educação.

Art. 2º - Ficam as Secretarias mencionadas no parágrafo único do artigo 1º desta Lei, responsáveis pela inserção do portador de necessidades especiais e sua família nos Programas oferecidos, orientando, encaminhando e acompanhando o tratamento prescrito;

Art. 3º - A entidade responsável pelo tratamento indicado deverá comunicar o Serviço Social sempre que houver desistência do tratamento, a fim de se apurar o motivo do abandono e providenciar seu recolhimento.

Art. 4º - A regulamentação desta lei deverá ser realizada pelo poder executivo no prazo de 120 (cento e vinte) dias a partir da publicação desta lei.

Art. 5º - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta lei entra na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, 27 de setembro de 2006. Às Comissões competentes

55A
53
Processo 01-253/11
Sonia Maria
Reg. 100.900

PROJETO DE LEI 01-0194/2007 do Vereador Carlos Alberto Bezerra Jr. (PSDB) -
"Acrescenta um parágrafo único ao artigo 5º da Lei 13.211/2001, determinando o fornecimento de gratuidade no transporte público para mães com filhos internados em UTI Neonatal e/ou Médico Risco, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo Decreta:

Art. 1º - Fica acrescentado um parágrafo único ao artigo 5º da Lei Municipal 13.211/2001 - Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-nascido - com a seguinte redação:

" Art. 5º - (...)

Parágrafo Único - As mães residentes no município de São Paulo, e que tenham filhos internados em UTI Neonatal e/ou Médio Risco em hospitais da rede pública, com renda de até dois salários mínimos, gozarão de gratuidade no transporte público em ônibus e lotações para deslocamentos residência/hospital e hospital/residência, enquanto durar o tratamento do recém-nascido."

Art. 2º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se

Art. 3º - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 90 (noventa) dias.

Art. 4º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Às Comissões competentes

PROJETO DE LEI 01-0350/2007 do Vereador Wadih Mutran (DEM)

Dispõe sobre a realização de exames de retinopatia da prematuridade, catarata e glaucoma congênitos nos recém nascidos em maternidades, hospitais ou estabelecimentos congêneres do município de São Paulo".

Art. 1º - As maternidades, Hospitais ou estabelecimentos congêneres do Município de São Paulo públicas e privadas, deverão realizar exame clínico para diagnóstico de retinopatia da prematuridade, catarata, catarata e glaucoma congênito em recém nascidos, através da técnica conhecida como reflexo vermelho.

Parágrafo único: O exame a que se refere o "caput" deste artigo será realizado sob responsabilidade técnica do pediatra e oftalmologista da unidade.

Art. 2º - Os recém nascidos diagnosticados e portadores das referidas doenças serão encaminhados, para cirurgia, em prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados a partir da realização do exame.

Parágrafo único: Os casos positivos deverão ser comunicados aos órgãos de saúde competentes dedicados à pesquisa da referida doença.

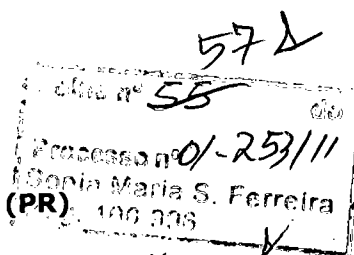
Art. 3º - As famílias dos recém nascidos receberão, quando das altas médicas, relatório dos exames e dos procedimentos realizados, contendo esclarecimentos e orientação quanto à conduta a ser adotada.

Art. 4º - O poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir de sua publicação.

Art. 5º - As despesas decorrentes da execução desta lei, correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

SALA DAS SESSÕES Às Comissões competentes.



PROJETO DE LEI 01-0507/2009 do Vereador Quito Formiga (PR)

"A Câmara Municipal de São Paulo decreta:

Dispõe sobre assistência especial a gestantes e parturientes e dá outras providências

Art. 1º - A rede municipal de saúde prestará assistência especial a gestantes e parturientes cujos filhos apresentem qualquer tipo de malformação, doenças congênitas, deficiência ou patologia crônica que implique em tratamento emergencial ou contínuo, constatado durante a gestação ou logo após o nascimento.

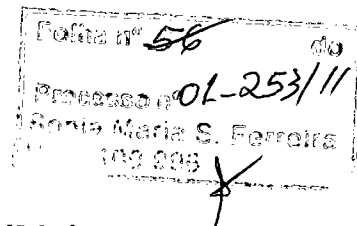
Parágrafo único: A assistência de que trata o caput consistirá em oferecer todos os recursos disponíveis na administração municipal que possam assegurar suporte à saúde, cuidados especiais, atendimento psicossocial, entre outros.

Art. 2º - As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º - Esta lei deverá ser regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias, revogadas as disposições em contrário.

Art. 4º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."



PUBLICADO DOC 28/04/2011, PÁG 95

PROJETO DE LEI 01-00206/2011 da Vereadora Noemi Nonato (PSB)

“Institui no âmbito do Município de São Paulo a Semana de Prevenção e Combate à Depressão Pós-Parto, e ainda dispõe sobre as diretrizes da conscientização quanto à prevenção, diagnóstico e do próprio tratamento depressão pós-parto na rede pública de saúde do Município de São Paulo, e dá outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art. 1º - Fica instituída, no calendário oficial de eventos da cidade de São Paulo, a “Semana de Prevenção e Combate à Depressão Pós-Parto”.

Parágrafo único - A Semana a que se refere o “caput” do presente artigo deverá ser comemorada anualmente na semana que compreender o dia 28 de maio, que é o Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher.

Art. 2º - Farão parte da Semana de que trata o art. 1º da presente lei, seminários, aulas, workshops, palestras, distribuição de panfletos educativos, cartazes, concursos e outras atividades que contribuam para a divulgação dos propósitos estabelecidos pela presente lei, tornando-a mais efetiva na saúde pública no município de São Paulo.

Art. 3º - Com relação às ações de diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto, estas serão reguladas pela rede pública de saúde do município de São Paulo.

§1º. Entende-se por depressão a doença que tem como característica afetas o estado de humor da pessoa, no qual passa a predominar a tristeza.

§ 2º. Depressão pós-parto é entendida como a manifestação da depressão quando iniciada nos primeiros seis meses após o parto.

Art. 4º - As ações que trata o artigo 3º da presente lei, deverão estar focadas no atendimento às gestantes atendidas no âmbito de uma das unidades públicas de saúde do Município de São Paulo, bem como as que forem atendidas em unidades de saúde mantidas por entidades filantrópicas que recebam verbas do Município de São Paulo, as quais efetivamente visarão:

I - a prevenção e detecção quanto ao aparecimento da doença, e ou evidências de que dela possa vir a ocorrer;

II - efetuar pesquisas visando ao diagnóstico precoce da depressão pós-parto;

III - evitar ou diminuir as graves complicações para a mulher decorrente do desconhecimento do fato de ser portadora da depressão pós-parto;

IV - aglutinar ações e esforços tendentes a maximizar seus efeitos benéficos;

V - a identificação, cadastramento e acompanhamento de mulheres portadoras de depressão pós-parto;

VI - a conscientização de pacientes e de pessoas que desenvolvam atividades junto às unidades de saúde municipais, quanto aos sintomas e à gravidade da doença;

VII - a abordagem do tem, quando da realização de reuniões, como forma de disseminar as informações a respeito da doença.

Art. 5º - Para a realização das ações de que trata a presente lei, o Poder Executivo deverá regulamentá-la podendo ser realizado convênios com a iniciativa privada nas modalidades de convênios e ou parcerias público privada, conforme as necessidades apresentadas para sua implantação.

Art. 6º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões,

São Paulo, 13 de abril de 2011. ”

PUBLICADO DOC 02/06/2011, PÁG 74

PROJETO DE LEI 01-00272/2011 do Vereador Alfredinho (PT)

""Institui Programa de distribuição gratuita de fraudas descartáveis nas UBS da Cidade de São Paulo, e dá outras providências."

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído na Cidade de São Paulo, o Programa de distribuição gratuita de fraudas descartáveis, através das Unidades Básicas de Saúde, para crianças de zero a dois anos de idade, cuja renda familiar não ultrapasse três Salários Mínimos Estadual.

Art. 2º - As despesas com a execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessárias.

Art. 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das sessões. Às Comissões competentes."

RECEBIDO
Comissão de Constituição e Justiça
Em 04/07/11 às 18h
Th RF

HÉLIO HIDEKI TAKAHASHI
Secretário - RF 11.123

RECEBIDO DA PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
Em 10/10/11 às 18:25h
POR Jore
SAÍDA: 13/10 AS: 13 h 40 ASS: [Assinatura]

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

Para Relatar.
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa.
Em 01/11/11

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

RECEBIDO DA PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
Em 20/10/11 às 15:30h
POR Lúcia
SAÍDA: AS: h

RECEBIDO DA PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
Em 07/07/11 às 13:50h
POR Samia
SAÍDA: 07/07 AS: 18 h 00 ASS: [Assinatura]

RECEBIDO DA PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA
Em 12/07/11 às 16:30h
POR Jore
SAÍDA: 14/07 AS: 17 h 40 ASS: [Assinatura]

RECEBIDO
Comissão de Constituição e Justiça
Em 07/10/2011 às 16h30
RF

Mathias da Silveira T. Xavier
Técnico Administrativo
RF: 11.233

REDISTRIBUÍDO
Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

Para Relatar.
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa.
Em 10/11/11

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias,
nos termos do § 3º do artigo 63 do R.I.

Segue m juntado 3, nesta data
Documento 3 e papel de informação
Rubricado 5 sob folha 5 nº 6262
Em 27/10/11
João Carlos Dias Chaves
Técnico Administrativo
RF 11336



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

16 - PAR
16- 01462/2011

pl0253-11

Folha nº 60 do proc.
nº 1-252 de 2011
João Carlos Dias Chaves
Técnico Administrativo
RF/1336

PARECER Nº _____ DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0253/11.

Trata-se de projeto de lei, de autoria do Nobre Vereador David Soares, que pretende criar o "Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém nascido", bem como o auxílio pós parto.

O objetivo da propositura é conferir auxílio financeiro à mãe ou ao responsável pelo bebê, desde que haja residência fixa em São Paulo, na importância de 70% do valor do salário mínimo vigente, com vistas à aquisição de vestuário, fraldas e todo o necessário para a higiene e limpeza do bebê.

O projeto pode prosseguir em tramitação.

Sob o aspecto formal, a matéria atinente à proteção e defesa da saúde é de competência legislativa concorrente da União, dos Estados, do Distrito Federal e também dos Municípios, estes para *suplementar a legislação federal e estadual no que couber*, dentro dos limites do predominante interesse local (artigos 24, XII, e 30, II, Constituição Federal).

A Lei Orgânica do Município, em seu art. 215, ratifica a competência municipal para regulamentar ações e serviços de saúde.

Não bastasse, a competência dessa Casa ampara-se na competência municipal para legislar sobre assuntos predominantemente locais, nos termos dos artigos 13, I, e 37 da Lei Orgânica do Município, bem como art. 30, I, da Constituição Federal.

Ademais, no que concerne à iniciativa do projeto legal, cumpre registrar que a Lei Orgânica do Município não mais prevê a iniciativa privativa ao Prefeito para apresentação de projetos de lei que versem sobre serviços públicos, como, aliás, não poderia deixar de ser, visto que tal previsão não encontrava respaldo na Constituição Federal.

Há que se observar, ainda, que, não obstante o entendimento do Tribunal de Justiça de São Paulo seja bastante restritivo acerca da iniciativa para legislar sobre a prestação de serviços públicos, porque é matéria atinente à organização administrativa, de iniciativa legislativa privativa do Prefeito (art. 37, § 2º, IV, da LOM), o Supremo Tribunal Federal, nos autos da ADIN 3394-8, firmou o seguinte entendimento :

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. ARTIGOS 1º, 2º E 3º DA LEI N. 50, DE 25 DE MAIO DE 2.004, DO ESTADO DO AMAZONAS. TESTE DE MATERNIDADE E PATERNIDADE. REALIZAÇÃO GRATUITA. EFETIVAÇÃO DO DIREITO À ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA. LEI DE INICIATIVA PARLAMENTAR QUE CRIA DESPESA PARA O ESTADO-MEMBRO. ALEGAÇÃO DE INCONSTITUCIONALIDADE FORMAL NÃO ACOLHIDA. CONCESSÃO DEFINITIVA DO BENEFÍCIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. QUESTÃO DE ÍNDOLE PROCESSUAL. INCONSTITUCIONALIDADE DO INCISO II DO ARTIGO 2º. SUCUMBÊNCIA NA AÇÃO INVESTIGATÓRIA. PERDA DO BENEFÍCIO DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA. INCONSTITUCIONALIDADE DO INCISO III DO ARTIGO 2º. FIXAÇÃO DE PRAZO PARA CUMPRIMENTO DA DECISÃO JUDICIAL QUE DETERMINAR O RESSARCIMENTO



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

pl0253-11

DAS DESPESAS REALIZADAS PELO ESTADO-MEMBRO. INCONSTITUCIONALIDADE DO INCISO IV DO ARTIGO 2º. AFRONTA AO DISPOSTO NO ARTIGO 61, § 1º, INCISO II, ALÍNEA "E", E NO ARTIGO 5º, INCISO LXXIV, DA CONSTITUIÇÃO DO BRASIL.

1. Ao contrário do afirmado pelo requerente, a lei atacada não cria ou estrutura qualquer órgão da Administração Pública local. Não procede a alegação de que qualquer projeto de lei que crie despesa só poderá ser proposto pelo Chefe do Executivo. As hipóteses de limitação da iniciativa parlamentar estão previstas, em numerus clausus, no artigo 61 da Constituição do Brasil --- matérias relativas ao funcionamento da Administração Pública, notadamente no que se refere a servidores e órgãos do Poder Executivo. Precedentes.

2. Reconhecimento, pelas Turmas desta Corte, da obrigatoriedade do custeio do exame de DNA pelo Estado-membro, em favor de hipossuficientes.

3. O custeio do exame pericial da justiça gratuita viabiliza o efetivo exercício do direito à assistência judiciária, consagrado no artigo 5º, inciso LXXIV, da CB/88.

(...)

7. Ação direta julgada parcialmente procedente para declarar inconstitucionais os incisos I, III e IV, do artigo 2º, bem como a expressão "no prazo de sessenta dias a contar da sua publicação", constante do caput do artigo 3º da Lei n. 50/04 do Estado do Amazonas.

(ADI 3394-8, Supremo Tribunal Federal, Relator Ministro Eros Grau, Acórdão, DJ 24.08.2007) (grifamos)

Vê-se que o STF, diante de caso concreto similar ao ora em análise, afastou o vício de iniciativa para garantir a assistência judiciária gratuita consagrada pelo texto constitucional, no que entendeu ser o seu grau mínimo de efetividade.

Sob o aspecto material, o projeto também está em consonância com os mandamentos da Constituição Federal e da Lei Orgânica do Município.

Ao garantir o asseio e as vestimentas adequadas ao recém nascido, a saúde é preservada, evitando doenças, em especial as doenças respiratórias, conforme exposto na justificativa. Com isso, o Município estará assegurando ao recém nascido seu direito à vida, à saúde e à dignidade, direitos esses consagrados pela Lei Maior.

De fato, a Constituição Federal, em seu art. 227, assim determina:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º. O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo os seguintes preceitos:

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente corrobora o dever do Poder Público de assegurar, com absoluta prioridade, os direitos fundamentais da criança:

Art. 4º. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde,

Folha nº 61 do proc.
nº 1-238 de 2011
João Carlos das Chaves
Técnico Administrativo
R.F. 1336



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

pl0253-11

à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

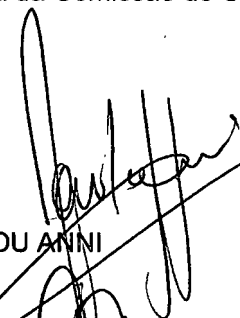
Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

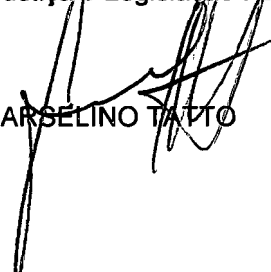
Por derradeiro, importa destacar que o programa ora em debate complementa programa municipal já existente, qual seja, o "Programa Mãe Paulistana", que também auxilia as mães e seus bebês, inclusive com a oferta de enxoval, com a condição de a mãe comparecer às consultas do pré-natal e realizar os exames previstos.

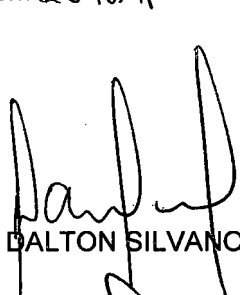
Nos termos do art. 41, XI, da Lei Orgânica, é necessária a convocação de pelo menos 02 (duas) audiências públicas durante a tramitação do presente projeto, sendo que sua aprovação dependerá do voto da maioria absoluta dos membros da Câmara, com fulcro no art. 40, § 3º, inciso XII, do mesmo diploma legal.

Pelo exposto, somos **PELA CONSTITUCIONALIDADE E LEGALIDADE**.

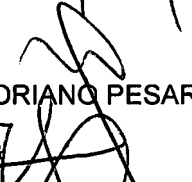
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa, em 26.10.11

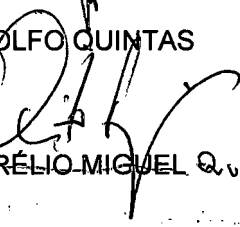

ABOU ANNI

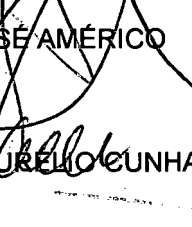

ARSELINO TATITO

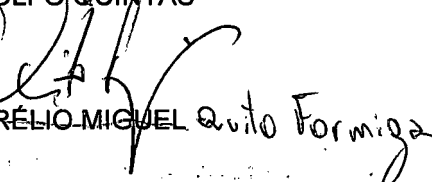

DALTON SILVANO

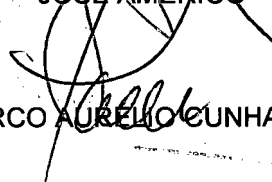

ADILSON AMADEU


FLORIANO PESARO


ADOLFO QUINTAS


JOSÉ AMÉRICO


AURÉLIO MIGUEL


MARCO AURÉLIO CUNHA

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 28 / 10 / 2011

Pág. 105 Col. 3ª

Conferido Maria Tereza

Maria Tereza Affonso da Silva

Técnico Administrativo

RF 10.651

A douta Comissão de Administração Pública.

Em 31 / 10 / 2011

M.T.S.

Maria Tereza Affonso da Silva

Técnico Administrativo

RF 10.651

Recebido na Comissão de
Administração Pública

Em 3 / 11 / 11 às 12 h

João Carlos Dias Chaves

Técnico Administrativo

RF 11336

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

Marta

Para relatar.

Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 9 / 11 / 2011

Oliver

Presidente

Obs: o prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º, artigo 63 do R.I.

Indicador de Vereador Souza Santos

Para relatar.

Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 4 / 12 / 2012

[Assinatura]
Presidente

A SGP-33, PARA ARQUIVAMENTO nos termos do artigo 275 do Regimento Interno.

São Paulo, 02 / 01 / 2013

Nome Inamar Alves da Sousa Junior

Secretário da Comissão

RF. RF - 101204

SGP-12 [Assinatura]

Segue(m) Juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob

nº..... e folha de informação

sob nº..... 63..... 02 / 01 / 2013

[Assinatura]
José Sousa Batieta - RF 11.092

Técnico Administrativo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 63

do processo nº 01-0253 de 2011, 08/01/2013.

(a) *J. Batista*

José de Sousa Batista
Técnico Administrativo
SGP-33 – RF. 11.092

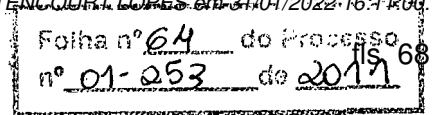
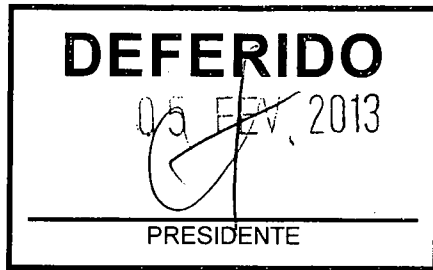
SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL	
Proc. encerrado com	<u>63</u> fls.
Arquivado em	<u>08/01/2013</u>
O Func.º	<u><i>J. Batista</i></u>
José Sousa Batista - RF 11.092 Técnico Administrativo	

MFN
123639

[Faint, illegible text, likely a signature or stamp area]

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob
nº 64 e folha de informação
sob nº 65 21/02/2013

Eliete L.S.
Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33



Eliete L. S.
Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

REQUERIMENTO

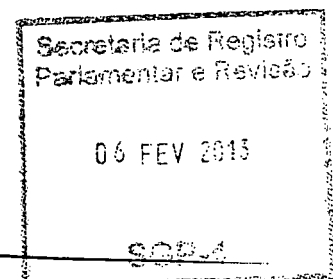
13 - RDS
13- 00011/2013

Senhor Presidente,

REQUEIRO, nos termos do art. 275, § 2º, do Regimento Interno, o retorno à tramitação da(s) proposição(ões) elencada(s) a seguir: PR nº 07/2011, PL nº 44/2011, PL nº 53/2011, PL nº 67/2011, PL nº 101/2011, PL nº 108/2011, PL nº 118/2011, PL nº 165/2011, PL nº 176/2011, PL nº 195/2011, PL nº 196/2011, PL nº 225/2011, PL nº 253/2011, PL nº 277/2011, PL nº 295/2011, PL nº 363/2011, PL nº 392/2011, PL nº 423/2011, PL nº 446/2011, PL nº 471/2011, PL nº 495/2011, PL nº 503/2011, PL nº 513/2011, PL nº 539/2011, PL nº 559/2011, PL nº 582/2011, PL nº 611/2011, PR nº 2/2012, PL nº 25/2012, PL nº 28/2012, PL nº 35/2012, PL nº 77/2012, PL nº 86/2012, PL nº 91/2012, PL nº 120/2012, PL nº 163/2012, PL nº 180/2012, PL nº 239/2012, PL nº 264/2012, PL nº 268/2012, PL nº 285/2012, PL nº 286/2012, PL nº 333/2012, PL nº 338/2012, PL nº 339/2012, PL nº 342/2012, PL nº 368/2012, PL nº 369/2012, PL nº 393/2012, PL nº 421/2012, PL nº 438/2012, PL nº 464/2012, PL nº 466/2012, PL nº 486/2012, PL nº 493/2012, PL nº 518/2012, PL nº 519/2012, PL nº 529/2012, PL nº 530/2012, PL nº 542/2012, todos de autoria do Exmº Sr. Vereador David Soares.

Sala das Sessões, 31 de janeiro de 2013

Vereadora Edir Sales
Líder do PSD



DMS - SGP-22 - 01/02/2013 - 16:59 - 003240 - 1/1



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 65

do processo nº 01-253 de 20 11 21, 02, 2013 (a) Eliete L.S.

Eliete Lopes Silvério
RF 11.393 - SGP-33

À SGP.33

Sra. Supervisora,

Encaminho o presente requerimento para o desarquivamento da propositura indicada no RDS 13-0011/2013.

2012/13

SOLANGE RAINONE DOS SANTOS
Supervisora da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

À SGP.-22

Sra. Supervisora,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-0011/2013, segue o presente expediente para volta à tramitação.

21 102/2013

ADRIANA DE FRANÇA SILVA
Supervisora da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

Recebido em SGP-22.

21 2 13

Adelina Cicone
Assistente Administrativo
Registro 100.506

Comissão de: Administração Pública

05 / 03 / 2013

Solange

Solange Raimone dos Santos
Supervisora - SGP-22
RF: 10.801

RECEBIDO

Comissão de Administração Pública

Em 05/03/13 às 18h

RF _____

Elaine

Elaine Gonçalves Gavioli
Secretária de Comissão
RF - 100485

Ao Vereador / A Vereadora

Coronel Amilo

Para relatar

Sala da Comissão de Administração Pública.

Em 12/03/13

Elaine

Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º artigo 63 do R.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Segue _____ juntado _____ nesta data documento _____ rubricado _____

sob nº 66 e folha _____ de informação nº _____

em 01/4/13

Nome _____

RF _____ SGP-12

Elaine

Elaine Gonçalves Gavioli
Secretária de Comissão
RF - 100465


**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

 16 - PAR
16- 00123/2013

 Folha nº 66 do proc.
nº 21-253 de 20 11

 Elaine Gonçalves Gavioli
RF 100465

**PARECER Nº DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
SOBRE O PROJETO LEI Nº 0253/2011.**

O projeto de lei do nobre vereador David Soares “dispõe sobre a criação do Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido, cria o auxílio pós-parto para o recém-nascido”, por meio de um auxílio financeiro sendo que o benefício será destinado exclusivamente ao bem estar do bebê na aquisição de vestuário, fraldas, e kit de higiene e limpeza pessoal como sabonete, shampoo, creme anti-assadura, colônia, entre outros itens necessários a saúde adequada e boa higiene do recém-nascido.

Prevê a propositura que o valor do auxílio pós-parto será de 70% do salário mínimo nacional e o benefício será pago durante 180 (cento e oitenta) dias e terá início somente após o parto mediante comprovação que será por atestado médico, documentação do pré-natal e a Certidão de Nascimento.

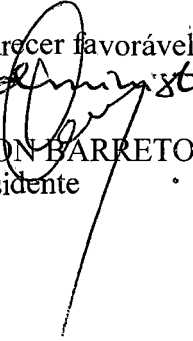
A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa emitiu parecer pela constitucionalidade e legalidade.

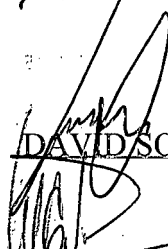
Justifica o autor que o Programa de Proteção a Saúde e Higiene do Recém-Nascido vem ampliar o Programa Mãe Paulistana, concedendo ao recém-nascido um direito consagrado na Constituição Federal. Justifica ainda que essa concessão garantirá o desenvolvimento adequado do bebê, que não raras vezes sua mãe ou responsável não tem condições financeiras mínimas para aquisição de tudo o que precisa o recém-nascido.

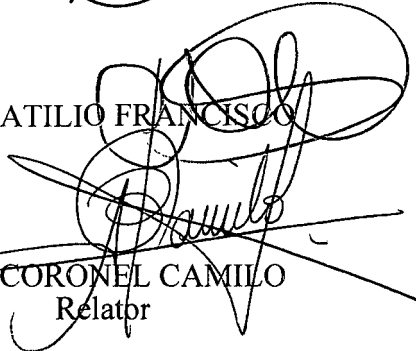
A Comissão de Administração Pública é de parecer favorável a esta propositura

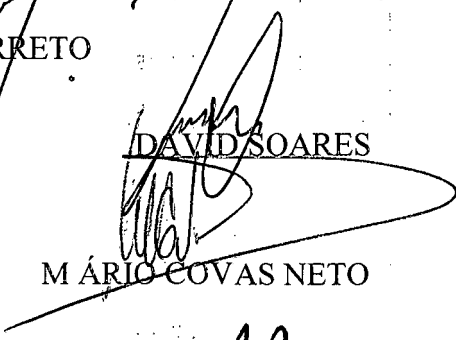
Sala da Comissão de Administração Pública, 27/03/11

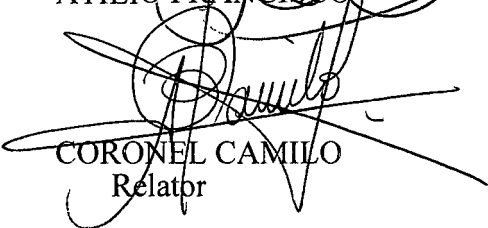

ALFREDINHO


GILSON BARRETO
Presidente


DAVID SOARES


ATILIO FRANCISCO


MÁRIO COVAS NETO


CORONEL CAMILO
Relator

 17 - RELCOM
17- 00125/2013


MARQUITO

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 08/03/13

Pág. 99 Col. 1ª

Conferido Elaine Gonçalves Gavioli
Secretaria de Comissão
RF - 100405

A Comissão de Saúde
Promocão Social, Trabalho e Mulher
Em 02/04/13
Elaine Gonçalves Gavioli
RF. 100.405

RECEBIDO
Comissão do Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher

Em 02/04/13 às 13:30

Elaine
Liliane Jun Ogura
Técnico Administrativo
RF. 11.000

Ao Vereador / A Vereadora

Patrícia Bezerra
para relatar.
Data da Comissão do Saúde, Promoção Social,
Trabalho e Mulher
Em 09/10/13

Elaine
Obs. O prazo para manifestação é de 5 dias, nos
termos do § 3º artigo 63 do RI.

Município de São João do Rio Preto
Sistema de Informação Pública
Nº 67 a 74 Em 07/10/13

Liliane Jun Ogura Elaine
107.11.005 - Técnico Administrativo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

FL. Nº 67

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura
Liliane Jun Ogura – RF: 11.095
Técnico Administrativo

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

PRESIDENTE: CALVO

TIPO DA REUNIÃO: AUDIÊNCIA PÚBLICA.

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 15 DE MAIO DE 2013

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão

13543

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 68
Proc. nº 01-253/2011

Liliane Junqueira – RF: 11095
Técnico Administrativo

REUNIÃO: 13543 DATA: 15/05/2013 FL: 68 DE 8

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) – Boa tarde a todos. Na qualidade de Presidente da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, declaro abertos os trabalhos da 3ª audiência pública do ano de 2013.

Informo que esta reunião está sendo transmitida através do portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço: www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line.

Passemos ao primeiro item da pauta: PL 253/2011, do Vereador David Soares, que dispõe sobre a criação do programa de proteção à saúde e higiene do recém-nascido, cria o auxílio pós-parto para o recém-nascido, e dá outras providências.

Não há oradores inscritos. Dou por encerrada a primeira audiência pública referente ao PL 253/2011.

Passemos ao próximo seguinte: PL 493/2011, de autoria do Vereador Adilson Amadeu, que dispõe sobre a proibição de expositores de embalagens de cigarros e outros produtos derivados em estabelecimentos comerciais no âmbito do Município de São Paulo, e dá outras providências.

Com a palavra o Sr. Antero José Pereira, do Sindicato da Indústria de Panificação e Confeitaria de São Paulo.

O SR. ANTERO JOSÉ PEREIRA – Boa tarde. Sou Presidente do Sindicato da Indústria de Panificação e Confeitaria de São Paulo.

Vim me colocar contrário a esse projeto do nobre Vereador Adilson Amadeu que proíbe os expositores da venda de cigarros. No Município de São Paulo temos 4 mil padarias e, aproximadamente, 8 mil bares e todos são pequenos comércios, na maioria, de micro e pequenos empresários.

A proibição da exposição de cigarros entrará também em conflito com o produto contrabandeado. Uma vez que não houver expositores e tivermos de vender o nosso cigarro por baixo do balcão, o consumidor poderá duvidar se o produto é legal ou contrabandeado, porque o que se vende escondido é contrabando. Hoje, 30% do cigarro vendido, em todo o Brasil, procede desse contrabando, principalmente, daquele que vem do Paraguai.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 13543

DATA: 15/05/2013

FL: 69 DE 8

FL. Nº 69

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
Técnico Administrativo

Uma vez que não vou poder expor o produto, ele terá de ficar escondido. Normalmente o expositor fica localizado em cima, à vista - acho que todos conhecem as padarias -, uma vez escondido, terei de buscá-lo embaixo de um balcão. Da mesma forma, sei lá se o meu representado estará adquirindo esse produto, uma vez que teremos de vender escondido mesmo, legal ou ilegalmente também.

Fica essa dúvida para nós, por isso somos contrários.

Aumentará também a tendência da ilegalidade. Certamente, não tendo um expositor, isso já acontece em muitos locais, vamos ter a barraquinha do camelô – que nenhum deles é legalizado – vendendo cigarro contrabandeado, à vista do consumidor, na porta da padaria ou do barzinho enquanto eu, comerciante, legalmente estabelecido, pagando meus impostos e meus direitos, não vou ter condições de fazer isso.

Também já temos uma lei federal que regulamenta toda publicidade de cigarros, sua venda, em estabelecimentos comerciais.

Era isso. Estamos nos posicionando contrários a essa lei, porque, certamente, trará mais confusão, ou seja, mais malefícios do que benefícios para o consumidor, porque já temos diversas leis que regulamentam a exposição e a venda de cigarros.

Já houve um projeto estadual que não passou. Foi vetado, inclusive, pelo Governador. Parece-me que era inconstitucional ou algo parecido.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) – Gostaria de anunciar a presença da Vereadora Juliana Cardoso, membro da nossa Comissão.

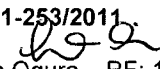
Com a palavra o Sr. Carlos Hoty.

O SR. CARLOS HOTY - Sras. Vereadoras, público presente, sou Assessor do Vereador Adilson Amadeu, proponente deste PL.

Ouvi e registrei os comentários do Sr. Antero, Presidente do Sindicato. O projeto, na verdade, quer inibir a venda do cigarro. O legislador entendeu que o expositor estaria facilitando isso. Ele está lá, existem propagandas e não sei se, de repente, as empresas de

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 13543 DATA: 15/05/2013 FL: 70 DE 8

FL. Nº 70
Proc. nº 01-253/2011.

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
Técnico Administrativo

cigarro ajudam as padarias em algum sentido para montar o caixa - porque normalmente eles ficam no caixa. Não sei se é para uma compra de impulso ou algo parecido.

O projeto foi elaborado pensando nesse sentido. É para tentar coibir. Da mesma forma que houve uma legislação que previa a impressão de fotos no maço de cigarro, fotos chocantes para tentar coibir a venda e o consumo. O projeto dos expositores para tirar essa propaganda e os cigarros da vista do consumidor também vem nesse sentido.

O que foi dito aqui será levado ao Vereador Adilson Amadeu. Quem sabe, de repente, poderemos apresentar um substitutivo.

Era isso, Sra. Presidente.

O SR. ANTERO JOSÉ PEREIRA – Como falei, a maioria das padarias, dos bares e quem vende cigarros são micro e pequenas empresas. Se é para não ser vendido, então, proibam a fabricação de cigarros. Uma vez que o produto é legal, que está a venda e os pontos comerciais que mais o vendem são as padarias e os bares, certamente, sairiam muito prejudicados em não ter o expositor para vender sua mercadoria legalmente.

As companhias de cigarro fornecem os expositores, assim como outras fornecem o *display* para colocar salgadinhos, outras para bolachas e outros mais. Mas é de primordial importância mantermos e queremos continuar vendendo o produto, porque trata-se de pequenas empresas, que vendem um produto legal, permitido pela nossa legislação e precisam da venda desse produto também para sua sobrevivência.

Obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) – Não há oradores inscritos. Dou por encerrada a primeira audiência pública referente ao PL 493/2011, do Vereador Adilson Amadeu.

Passemos ao próximo item da pauta:

PL 326/2012, do Vereador Natalini, que dispõe sobre a embalagem para comercialização de soda cáustica líquida, água sanitária e dá outras providências. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 1ª audiência pública referente ao 3º item da pauta,

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: **13543** DATA: **15/05/2013** FL: **71** DE 8

FL. Nº 71

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
 Técnico Administrativo

PL 326/2012.

Registramos a chegada do Vereador Natalini.

Passamos ao 4º item, PL 50/2013, do Vereador Eduardo Tuma, que dispõe sobre a obrigatoriedade de acompanhantes para pacientes menores de 18 anos em consultas e exames nas unidades de saúde do Município de São Paulo e dá outras providências. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 1ª audiência pública referente ao 4º item da pauta, PL 50/2013.

Passamos ao 5º item, PL 242/1997, do Vereador Wadih Mutran, dispõe sobre a obrigatoriedade de utilização de luvas descartáveis por funcionários que manipulam todo e qualquer tipo de alimento ou matéria prima nos laticínios localizados no Município de São Paulo e dá outras providências. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 2ª audiência pública referente ao 5º item da pauta, PL 242/1997.

Passemos ao 6º item, PL 225/2009, do Vereador Francisco Chagas, dispõe sobre a obrigatoriedade da Secretaria Municipal de Saúde de aplicar gratuitamente a vacina contra o HPV, Papiloma Vírus Humano, para as mulheres que necessitem de imunização e dá outras providências. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 2ª audiência pública referente ao 6º item da pauta, PL 225/2009.

Passemos ao 7º item, PL 05/2011, de vários autores, altera a redação do artigo 90 da lei 13.725, de 09 de janeiro de 2004, com a finalidade de determinar a responsabilização do profissional indicado no requerimento de instrução no Cadastro Municipal de Vigilância, acerca das condições sanitárias do estabelecimento e dá outras providências.

O SR. NATALINI - Sra. Presidente, gostaria de saber quem são os autores.

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) – Solicito a Vera que responda.

A SRA. VERA – Os vários autores são: Noemi Nonato, Milton Ferreira, Aurélio Miguel, Paulo Frange, Jamil Murad, Natalini e José Américo.

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) - Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 2ª audiência pública referente ao 7º item da pauta, PL 05/2011.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 72

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
Técnico Administrativo

REUNIÃO: 13543

DATA: 15/05/2013

FL: 72 DE 8

Passemos ao 8º item, PL 15/2011, dos Vereadores Floriano Pesaro, Mara Gabrielli e Marta Costa, garante o acesso das pessoas com deficiência aos espetáculos de obras culturais beneficiados por recursos da lei municipal de incentivo à cultura e dá outras providências. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 2ª audiência pública referente ao 8º item da pauta, PL 15/2011.

Passemos ao 9º item, PL 296/2011, do Vereador Eliseu Gabriel, que obriga a Prefeitura do Município de São Paulo a realização do exame de ecocardiografia fetal nas gestantes atendidas pela rede municipal de Saúde. Não há oradores inscritos. Damos por encerrada a 2ª audiência pública referente ao 9º item da pauta, PL 296/2011.

O SR. NATALINI – Sra. Presidente, com a anuência de V.Exa., sei que não estamos numa reunião ordinária da Comissão, mas só a título de informe, eu, V.Exa. e o Vereador Ari Friedenbach ficamos incumbidos pelos colegas da Comissão de Saúde, de fazermos uma subcomissão para analisar a reforma do Código Sanitário da cidade de São Paulo. V.Exa. já designou a assessoria, o Vereador Ari Friedenbach, já fizeram reunião com os assessores, já conversamos por mais de uma vez, eu, V.Exa. e o Vereador Ari, e quero informar a todos, com a anuência de V.Exas. e já conversei ontem com o nosso Presidente, Vereador Calvo, que vamos no dia 03 de junho, Semana do Meio Ambiente, às 9h, no Auditório Prestes Maia, fazer uma mesa redonda para levantar subsídios para o trabalho que vamos realizar de estudo técnico do Código Sanitário.

Para essa mesa redonda vamos convidar, de comum acordo com os membros da subcomissão, o Deputado Carlos Neder, que foi o autor da lei da reforma do Código Sanitário anteriormente; um representante da Covisa; um representante da Secretaria de Meio Ambiente do Estado; um representante da Secretaria do Verde e Meio Ambiente do Município e um professor de saúde ambiental, da Faculdade de Saúde Pública, que está sendo indicado pela direção.

Então só para convidar os presentes, dia 03 de junho, às 9h, no Plenário Primeiro de Maio, essa reunião que vai ser ainda convalidada pela Comissão, se Deus quiser, vamos

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

REUNIÃO: 13543 DATA: 15/05/2013 FL: 73 DE 8

FL. Nº 73

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
Técnico Administrativo

fazer a instalação na semana que vem, mas já estou avisando porque não podemos perder tempo. E o Código Sanitário, como já constatamos, é muito grande, complexo e é difícil o trabalho para apresentar um anteprojeto para que a Comissão de Saúde possa endossar.

Era isso. Muito obrigado.

A SRA. PRESIDENTE (Patrícia Bezerra) – Nada mais havendo declaro encerra a audiência pública.

Convoco todos para a próxima reunião ordinária a ser realizada no dia 22 de maio, às 13h, no Salão Nobre.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE REGISTRO PARLAMENTAR E REVISÃO – SGP.4
NOTAS TAQUIGRÁFICAS SEM REVISÃO

FL. Nº 74

Proc. nº 01-253/2011

Liliane Jun Ogura – RF: 11095
Técnico Administrativo

REUNIÃO: **13543**

DATA: **15/05/2013**

FL: **74** DE 8

Segue em juntado 5, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado 5 sob folha(s)
nº 7527111 Em 29/08/13

Vera Nica Rodrigues
RF. 101.123 - Assistente Parlamentar



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA GERAL PARLAMENTAR
Secretaria de Registro Parlamentar e Revisão

Folha n° 75
do processo n° 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.128

fls. 82

COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL, TRABALHO E MULHER

PRESIDENTE: NATALINI

TIPO DA REUNIÃO: AUDIÊNCIA PÚBLICA

LOCAL: Câmara Municipal de São Paulo

DATA: 26-06-13

OBSERVAÇÕES:

- Notas taquigráficas sem revisão
- Orador não identificado

13722

Folha nº 76
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.128

fls. 83

O SR. PRESIDENTE (Natalini) - Boa tarde. Aguardamos o tempo regulamentar de 15min para a chegada dos Srs. Vereadores. Presentes o Vereador Gilberto Natalini, que preside esta audiência; a Vereadora Noemi Nonato e a Vereadora Juliana Cardoso.

Como não há necessidade de quórum qualificado, de quatro Vereadores, para realização de audiência pública, poderemos realizar os trabalhos com os presentes, conforme Regimento Interno desta Câmara.

Na qualidade de Presidente em exercício da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, declaro abertos os trabalhos da sétima audiência pública do ano de 2013. Na sequência desta, haverá a realização da oitava audiência pública que tem como tema: "Rede de Atenção Básica e Hospital Pérola Byington."

Informo que esta reunião está sendo transmitida através do portal da Câmara Municipal de São Paulo, no endereço: www.camara.sp.gov.br, link Auditórios On-Line.

Iniciaremos pela audiência dos projetos de lei, que são 11. Quem quiser se manifestar, deve se inscrever com a nossa Assessoria.

O primeiro projeto é o PL 295/2011 do Vereador David Soares, que altera a lei 11.250, de 01 de outubro de 1992, com a finalidade de incluir pessoas com outras deficiências que não estão inclusas na referida lei, e dá outras providências (ref. à concessão de isenção de pagamento de tarifa nas linhas urbanas do sistema de transporte coletivo do Município)

Não há nenhum inscrito. Consideramos realizada a audiência pública do PL 295/2011.

O próximo projeto é o PL 522/2011 do Vereador Francisco Chagas, que dispõe da obrigatoriedade de nutricionista nas Unidades Básicas de Saúde.

Não há nenhum inscrito. Consideramos realizada a audiência pública do PL 522/2011.

Folha nº 77
do processo nº 01-253/2011

fls. 84

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

O próximo projeto é o PL 587/2011 do Vereador Chico Macena, que cria o programa "Kit de higiene bucal infantil", dispõe sobre a obrigatoriedade na concessão pelo Poder Executivo Municipal de kit de higiene bucal, e dá outras providências.

Não há nenhum inscrito. Consideramos realizada a audiência pública do PL 587/2011.

O próximo projeto é o PL 167/2012 do Vereador Dalton Silvano, que institui programa social "Saúde Móvel" para ampliar o atendimento da criança e adolescente, e dá outras providências.

Não há nenhum inscrito. Considero realizada a audiência pública do PL 167/12.

Quinto item da pauta: PL 366/12, Vereador Aurélio Nomura, PSDB. Dispõe sobre a alteração da Lei 12.365, de 13 de junho, de 1997 e dá outras providências. Referente ao atendimento preferencial a deficientes físicos, crianças, idosos e gestantes nos postos de saúde, hospitais municipais, pronto atendimento e redes conveniadas.

Pergunto se há alguém inscrito que queira se manifestar sobre o projeto. (Pausa)
Não havendo inscrição, considero realizada a audiência pública do PL 366/12.

Sexto item da pauta: PL 380/12, Vereador Goulart, PSD. Abro inscrição para se manifestar sobre o projeto de lei. Há inscritos. Chamo a Sra. Nazeli Cabral, assessora do Vereador Goulart.

A SRA. NAZELI CABRAL – Boa tarde, Sr. Presidente. Sou assistente do mandato do Vereador Goulart. Estou aqui para dizer que o projeto de lei - que dispõe sobre a realização de exame odontológico ocupacional obrigatório para avaliação da capacidade laborativa no âmbito da administração pública municipal e dá outras providências -, ele nos chegou através de sugestão da Dra. Eliete Domingues, que é professora da matéria, com trabalho defendido na universidade sobre o assunto. E ela está aqui, hoje, para dizer da importância que o exame periódico odontológico tem na vida do trabalhador. Da mesma forma que, hoje, nós

Folha nº 78
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice/Rodrigues
RF: 101.123

fls. 85

trabalhadoras temos obrigatoriedade de exames ginecológicos, papanicolau, e outros de saúde para admissão e periodicamente, também o exame odontológico laboral é muito importante para a saúde do trabalhador e daqueles que convivem com aquele que trabalha.

Queria apenas registrar que o projeto foi encaminhado ao departamento odontológico e médico da Casa, que se manifestou pela oportunidade e pela importância do projeto através da manifestação dos Doutores Maurício Karat e Roberto Assad.

O que me cabia antecipar era isso. Aguardo as considerações da Dra. Eliete e Dra. Neide, que estão presentes e irão se manifestar.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Nós é que agradecemos. Chamo então a Dra. Eliete Dominguez Camanho, cirurgião dentista, para suas considerações sobre o projeto.

A SRA. ELIETE DOMINGUEZ CAMANHO – Boa tarde, Presidente e a todos. Vamos agradecer a importância desta Casa de ressaltar a odontologia do trabalho dentro da saúde pública do Município. Sabemos que dentro da saúde ocupacional há os exames médicos ocupacionais e nessa reestruturação do prontuário da saúde do trabalhador estamos pedindo a inclusão da odontologia ocupacional, que visa primordialmente prevenção, monitoramento e rastreamento de doenças que podem acometer os nossos trabalhadores. Através de exames periódicos vamos conseguir detectar quais são as patologias, as doenças do trabalhador e preveni-las.

A capacitação dos nossos colegas pode se dar pela escola de saúde do Município, e temos dentro dos nossos estudos representações e certezas de que uma vez a bactéria na cavidade bucal, ela tem possibilidade – devido às atividades – de adentrar o organismo e assim termos diversas manifestações. Uma delas é um trabalho do INCOR, realizado em 2008, mostrando que 20% das endocardites bacterianas vão levar a comprometimento cardiovascular; assim como nascimentos de bebês prematuros, dentre tantas outras patologias.

Folha nº 79
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 86

Para finalizar, falemos do câncer labial, que é o de quinta maior incidência na cavidade bucal e se encontra a esmo, até o momento, porque não existe no processo de saúde do trabalhador o seu rastreamento. Aqueles que estão expostos ao sol estão sob esse risco.

Gostaria muito de contar com a colaboração de todos, e agradeço pela minha participação.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Nós é que agradecemos. Chamo agora a Dra. Neide Aparecida Sales Biscuola, cirurgião dentista, falando sobre o PL 380/12.

A SRA. NEIDE APARECIDA SALES BISCUOLA – Boa tarde. Sou formada em Odontologia, sou servidora do Município de São Paulo, aposentada e a minha militância é dentro do controle social. Necessitamos, neste momento, de construir a saúde ocupacional do Município de São Paulo.

Quando havia o antigo departamento DEMED, tínhamos o médico do trabalho, enfermeira do trabalho, cirurgião dentista que não era do trabalho, que agora tem especialidade em Odontologia do Trabalho, fazendo exames periódicos e admissionais. Hoje, no Município de São Paulo na área da Saúde, estamos com 1/3 dos servidores municipais, os outros 2/3 são feitos pelas organizações sociais. Deixou-se de construir um departamento para a promoção da saúde do servidor municipal, que tem uma política nacional, que é dada na mesa nacional de negociação. Essa mesa nacional está baseada naquela do Município, que aconteceu nos anos 2002/2003 – SINPE – Sistema de Negociação Permanente. Depois disso a União fez o seu Plano de Saúde do Trabalhador da União, para isso os municípios, através do protocolo nº 8 de 2003; o nosso Estado ainda não fez; e o Município ainda não tem.

Estamos sugerindo que agora, com a oportunidade de ter exames obrigatórios, que continuam sendo obrigatórios de acordo com a lei – lei municipal 81.142 de mil novecentos e bolinha – há necessidade de trabalharmos na atenção básica a saúde do servidor. Também criar um prontuário ocupacional porque se hoje formos ao Departamento de Assistência à

Folha nº 80
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.128

fls. 87

Saúde do Servidor – DASS, nós não temos esse prontuário, não há nexo em relação às doenças ocupacionais relacionadas com a cavidade bucal. Nós nunca tivemos o profissional nessa área. Portanto, é muito importante que aproveemos o projeto para que tenhamos em nosso Departamento cirurgião dentista do trabalho, que possa fazer exames periódicos, admissional e demissional para que tenhamos um prontuário obrigatório e legítimo.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Muito obrigado. Não há mais inscritos para se manifestar. (Pausa) Considero realizada a audiência pública do PL 380/12, Vereador Goulart.

Sétimo item: PL 134/10, Vereador Floriano Pesaro, PSDB. Dispõe sobre controle e fiscalização de poluição sonora gerada por atividades exercidas em imóveis de uso residencial e não residencial e pela realização de eventos públicos, inclusive em logradouros. Impõe penalidades e dá outras providências.

Há alguém inscrito para falar sobre o projeto? (Pausa) Não havendo inscritos, consideramos realizada a audiência pública do PL 134/10.

Oitavo item da pauta: PL 253/11, Vereador David Soares, dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde, Higiene do recém-nascido, cria o Auxílio Pós-Parto Recém-nascido e dá outras providências.

Há alguém inscrito para comentar o projeto? (Pausa) Não havendo inscritos, consideramos realizada a audiência pública sobre o PL 253/11.

Nono item da pauta: PL 493/11, Vereador Adilson Amadeu, dispõe sobre a proibição de expositores de embalagens de cigarros e outros produtos derivados em estabelecimentos comerciais no âmbito do Município de São Paulo e dá outras providências.

Está inscrito o Sr. Júlio Ribeiro, do Sindicato da Panificação. Convido-o para usar a palavra regimentalmente.

O SR. JÚLIO RIBEIRO – Obrigado. Boa tarde a todos. Sou Júlio Ribeiro, do Sindicato da Panificação. Já nos manifestamos contrariamente a este projeto na primeira audiência pública e mantemos nossa posição nesta por dois motivos: o projeto sofre de vício

Folha nº 23
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 88

de constitucionalidade, ou seja, ele vai de encontro às leis federais que regulam o assunto. Portanto, um projeto inconstitucional vai causar um prejuízo à ordem jurídica nacional. A lei nacional permite a exposição dos cigarros desde com o símbolo de advertência, o que hoje é cumprido por todas as padarias e estabelecimentos que vendem o produto.

Em segundo lugar, este projeto, da forma como está, pode estimular - e aí é muito mais prejudicial do que é hoje - o cigarro clandestino na medida em que o cigarro não vai estar a vista do consumidor, ele vai estar escondido embaixo do balcão, pode estimular o comércio de cigarros importados do Paraguai, que são muito mais prejudiciais à saúde do que os cigarros comercializados hoje em dia.

Existe um substitutivo a este projeto que foi apresentado que permite a exposição do cigarro sem a propaganda nos expositores. O Sindicato da Panificação apoia este substitutivo.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – De quem é esse substitutivo?

O SR. JÚLIO RIBEIRO – Da Bresi (?)

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Mas esse substitutivo veio ao projeto?

O SR. JÚLIO RIBEIRO – Ele foi encaminhado no projeto. Não sei se está junto. Ele foi apresentado. Nós apoiamos esse substitutivo porque ele permite a exposição do cigarro sem a propaganda.

Obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Agradecemos o Sr. Júlio Ribeiro pela participação.

Não havendo mais inscritos, declaro encerrada a segunda audiência pública do PL 493/11, do Vereador Natalini.

Próximo item da pauta, PL 318/12, do Vereador Aurélio Nomura, que dispõe sobre a instituição de programa e criação de unidade móvel para atendimento médico-veterinário, e dá outras providências.

Folha nº 82
do processo nº 01-253/2011

fls. 89

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.126

Há alguém inscrito para comentar o projeto? (Pausa) Não havendo inscritos, consideramos realizada a audiência pública sobre o PL 318/12.

Próximo item da pauta, PL 326/12, do Vereador Natalini, dispõe sobre a embalagem para a comercialização de soda cáustica líquida e água sanitária, e dá outras providências.

Há alguém inscrito para comentar o projeto? (Pausa) Não havendo inscritos, consideramos realizada a audiência pública sobre o PL 326/12.

Terminada a pauta dos projetos, consideramos encerrado o primeiro ponto de pauta desta reunião de hoje da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho, Idoso e Mulher.

Passaremos para segunda parte da pauta. Discussão sobre a Rede de Atenção Básica. São convidados para esta discussão a Secretaria Municipal de Saúde e a direção do Hospital Pérola Byington.

Convido para compor a mesa os Srs. Jorge Harada, Coordenador de Atenção Básica da SMS; Cecília Tomiko Nobumoto, Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde; Flávio Albieri, assessor técnico; Jefferson Drezett, coordenador do Ambulatório de Violência Sexual e de Aborto Legal do Hospital Pérola Byington; e André Luiz Malavasi, Diretor Médico do Hospital Pérola Byington; Luiz Henrique Gebrim, Diretor-Geral do Hospital Pérola Byington. A Sra. Maria Helena está representando a área de regulação.

A Vereadora Noemi foi a autora do requerimento para realizarmos esta discussão. Tem a palavra a nobre Vereadora Noemi.

A SRA. NOEMI NONATO – Boa tarde a todos.

Sr. Presidente, considerando a relevância do tema para a população paulistana, a Lei 14.074, de 2005, de minha autoria que institui no âmbito de cada Unidade Básica de Saúde o atendimento especializado na prevenção de câncer e dá outras providências.

Considerando a recente visita desta comissão ao hospital Pérola Byington, na qual foi aventada a possibilidade de ser oferecida pelo referido hospital, uma capacitação para

Folha nº 83
do processo nº 01-253/2011

fls. 90

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

aperfeiçoamento do diagnóstico e encaminhamento dentro das condições necessárias ao tratamento cirúrgico das mulheres vítimas de câncer.

Requeiro a deliberação desta Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho, Idoso e Mulher para realização de debate, no dia 26 de Junho próximo, sobre a Saúde da Mulher, mais especificamente sobre câncer de mama e colo do útero.

Requeiro ainda que seja convidado o Prof. Dr. Jefferson Drezett, o Prof.º Dr. Luiz Henrique Gebrim, ambos do Hospital Pérola Byington e um representante da Secretaria Municipal de Saúde. Sala das Comissões, 23 de maio de 2013. Vereadora Noemi Nonato.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Como vocês ouviram, no requerimento da Vereadora Noemi Nonato, a Comissão de Saúde fez uma visita ao Hospital Pérola Byington, ouvimos uma apresentação da direção do hospital sobre o trabalho deles, particularmente, na questão do atendimento das mulheres vítimas de violência e lá houve uma interpretação de que era preciso um melhor entrosamento entre a atividade do hospital e a rede básica de saúde não só na questão da violência contra as mulheres, como também na questão do trabalho sobre os cânceres que afetam as mulheres. Dessa forma resolvemos fazer este debate hoje.

Tem a palavra a nobre Vereadora Noemi Nonato.

A SRA. NOEMI NONATO – Gostaria de enfatizar que a nossa intenção foi colaborar para melhorar o atendimento à mulher com câncer em São Paulo e, de maneira nenhuma, questionar a indiscutível excelência no atendimento feito pelo Hospital Pérola Byington e também sabemos do esforço da Secretaria de Saúde tem feito nesses primeiros seis meses de gestão através do Secretário José de Filippi Junior para melhorar o atendimento da Saúde na Cidade.

Na visita ao Hospital Pérola Byington ouvimos os depoimentos do Dr. Gebrim e do Dr. Jefferson e vimos a oportunidade de somar com a cidade de São Paulo trazendo um melhoramento ao atendimento da mulher com câncer desde o diagnóstico em diante.

Fico muito agradecida, especialmente aos Doutores presentes pela oportunidade

Folha nº 84
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 91

que nos dão de poder ouvir um pouco sobre essa prestação de serviços para somar aos trabalhos da Comissão de Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Como disse a nobre Vereadora, a intenção da Comissão é colaborar no sentido de trazer para esta Casa a discussão para ajudar, na medida do possível, os sete Vereadores desta Comissão nesta relação institucional entre as duas áreas de atendimento.

Do hospital, quem vai falar primeiro, Dr. Gebrin?

Tem a palavra o Dr. Gebrin. Dr. Jebrin, quem quiser se inscrever para dar alguma opinião, fazer alguma pergunta, algum comentário, passe o nome para a nossa Secretaria. Estão abertas as inscrições, mas daqui a pouco nós as encerraremos.

O SR. LUIZ HENRIQUE GEBRIN – Boa tarde. Agradeço ao nobre Vereador Natalini e à nobre Vereadora Noemi pela sensibilidade que tiveram de compartilhar as nossas demandas da sociedade não só paulistana, mas do Estado e também do Brasil, já que 15% do atendimento realizado é de paciente que vêm de outros Estados do Brasil.

Notadamente nos últimos anos, implementamos, no Hospital Pérola Byington, aquilo que o qualifica hoje como um norteador de políticas de saúde em atendimento de alta complexidade. Isso significa que deixamos de fazer aquilo que o centro de saúde, a unidade básica faz, e, em função do nosso corpo médico especializado, estamos oferecendo, em quatro áreas, atendimento internacional em termos de qualificação no que diz respeito a acesso, resolutividade e qualidade de atendimento.

E quais seriam essas áreas? A primeira, no atendimento a pacientes que tenham uma suspeita de câncer de mama, que hoje conseguem, em 30 dias, iniciar o tratamento. Estamos, portanto, superior à meta do Inca, que é de 60 dias. Nós já estamos projetando 30 dias.

Para os senhores terem uma ideia, de cada três mulheres do SUS atendidas aqui no município, uma é operada lá. Estamos com 1.026 casos novos por ano. É uma das maiores estatísticas do Brasil para um único hospital. Nossa meta é atender e não só fazer o

Folha nº 85
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 92

diagnóstico, mas iniciar o tratamento.

Isso está sendo muito interessante, porque o próprio Ministério da Saúde está vendo que a mortalidade do câncer em São Paulo está diminuindo no município. Isso é fruto da agilidade. Aquilo que demora seis meses no Brasil nós estamos fazendo em um. E é muito importante, não só para a humanização, mas para a cura do paciente com câncer.

A segunda área, extremamente importante, é a da violência sexual. Duzentos casos por mês praticamente convergem para este hospital, que tem investigador de polícia, banco de DNA, imunização, e tudo que se vê em termos de notícia, na mídia, aparece voltado ao hospital. É um atendimento de qualidade, feito com uma equipe multidisciplinar, o programa Bem me quer, com a Secretaria de Segurança Pública, que integra e minimiza os efeitos, o trauma dessas vítimas de violência sexual.

Temos ainda o programa de reprodução humana de bebê de proveta, gratuitamente oferecido e a ginecologia de alta complexidade. Estamos percebendo a necessidade de fazer com que haja um entrosamento melhor com os médicos na rede primária para que nos ofereçam a contrarreferência, isto é, aquele caso que parecia complicado e não é, o paciente precisa voltar. A rede não pode simplesmente encaminhar os casos. Ela tem de receber, e estamos notando que a forma de seguir protocolos é muito importante nos hospitais privados e também precisamos seguir essa linha nos públicos. Por quê? Se nós adotarmos os protocolos internacionais, vamos evitar que muitas pacientes percam dias e dias de trabalho, façam exames que não precisam e fiquem estressadas. Na verdade, esses exames não trazem nenhum benefício. Então, um exame que muitas vezes parece fazer parte do *check up* não é, e nós mostramos que muitas pacientes que são encaminhadas ao nosso hospital, superassustadas, nem precisariam estar lá.

Outro fator importante: a paciente, muitas vezes, fica meses esperando para fazer um exame, mas não é esse o exame de que ela precisa. Ela precisa de uma consulta médica resolutive. Então, estamos com esta filosofia: trazer o médico das unidades básicas ligadas à saúde da mulher para ver como é o nosso hospital, seu funcionamento nas diferentes áreas de

Folha nº 86
do processo nº 01-253/2011

Vera Níve Rodrigues
RF: 101.123

fls. 93

especialidade que temos e fazer com que não só ele, mas também todos nós que estamos compartilhando com o SUS, inclusive políticos, entendam que uma avaliação ginecológica não pode ser feita em um hospital altamente qualificado, precisa ser feita na unidade básica. É aquela que precisa de exame, que tem a iminência de câncer, que tem de ser atendida no dia seguinte, dois dias depois.

Então, temos de eliminar essa fila de exames desnecessários que são solicitados, que estão onerando os gestores em âmbito municipal, estadual e nacional e fazer com que esse dinheiro que é gasto e não traz benefício seja utilizado para ajudar as instituições. Para isso, precisamos capacitar, interligar e fazer o trabalho em rede funcionar.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Consulto se mais algum membro da equipe que falar. Depois, passaremos a palavra para a Prefeitura. (Pausa)

A inscrição está aberta para aqueles que quiserem fazer alguma pergunta.

Passo a palavra para o Dr. Harada, Diretor de Atenção Básica do Município de São Paulo.

O SR. JORGE HARADA –Boa tarde a todos. Inicialmente, gostaria de saudar o nobre Vereador Natalini. É um prazer retornar a esta Casa de Leis e ter a possibilidade de discutir com a comunidade, com vocês, nossa política nessa área não só da saúde da mulher, mas de planejamento da reestruturação da atenção básica, de reorganização da atenção básica no município.

Gostaria de saudar também as nobres Vereadoras Noemi Nonato e Juliana Cardoso, todos os conselheiros presentes, cidadãos presentes, trabalhadores, técnicos, Gebrim, mais velho que eu – quando eu entrei na faculdade ele estava no terceiro ano. É bom rever os amigos nestes momentos.

Este é um tema importante. Embora tenha sido pautada uma questão específica da rede e da atenção básica com relação ao hospital Pérola Byington, isso abre um leque imenso para que possamos discutir toda a questão da política, seja da área da saúde da mulher seja

Folha nº 87
do processo nº 01-253/2011

Vera Nicé Rodrigues
RF: 101.123

fls. 94

da questão do Sistema Único de Saúde do Município e onde se insere a atenção básica nesta responsabilidade sanitária.

Seguramente, nesses 25 anos, o Sistema Único de Saúde tem conseguido caminhar em uma série de pontos, de ações, de estruturação de redes, de acesso à população, mas há, efetivamente, muito que se fazer ainda. Reconhecemos que há muitas necessidades, muitas demandas, e necessariamente este não é um papel, uma responsabilidade só de um gestor ou de outro. Há também a responsabilidade de aperfeiçoarmos o pacto interfederativo, seja sob a gestão estadual, municipal ou do ente federado. Esse trabalho integrado do Executivo com o Legislativo é de fundamental importância.

Colocaria mais um ator no que diz respeito à questão da área Judiciária pelos sérios problemas que temos quanto à judicialização da saúde.

Neste ponto, no que diz respeito à questão básica, nós estamos com o firme propósito, no Governo do Prefeito Haddad e do Secretário Filipe, de reestruturar, organizar e dar prioridade à área da atenção básica; que essa área seja, efetivamente, a orientadora dessas linhas, e mais do que linhas de cuidado, sejam redes de cuidado, porque ela não é uma questão linear, ela tem muitos furos, tem nós, mas também tem que se contemplar toda essa rede no que diz respeito a qual o papel da atenção básica, da atenção especializada, da área hospitalar para que efetivamente a gente possa constituir essa rede.

Neste sentido, temos tanto trabalho, responsabilidade, no sentido de melhorarmos a atenção básica em si, como também de constituirmos essa rede. Essa rede, no município de São Paulo, ela não pode ser restrita aos equipamentos municipais. Nós temos que constituir uma rede que realmente estejam participando equipamentos da gestão municipal, como também da gestão estadual, até porque nosso Secretário falou isso na nossa audiência, no primeiro quadrimestre, 60% praticamente da produção de média e alta complexidade hoje no município de São Paulo está sendo realizado nos serviços, nos equipamentos sob gestão estadual. Então, efetivamente, a que se ter um trabalho integrado não só de referência contra

Folha nº 83
do processo nº 01-253/2011

Vera Nide Rodrigues
RF: 101.123

fls. 95

referência, mas de trabalhos de regulação e dessa constituição da rede. Estamos fazendo isso em várias redes temáticas, inclusive. Por exemplo, a Rede de urgência e Emergência, Rede Cegonha, a Rede de Oncologia, doenças crônicas não transmissíveis, a psicossocial, enfim, em todas essas áreas, mas cabe ao município efetivamente garantir todo esse processo de integralidade à população.

Na questão da atenção básica, estamos firmemente com o propósito, primeiro, de qualificarmos as áreas já existentes, as 443 UBSs já existentes, não são poucas. Em termos de oferta temos relativamente uma grande oferta no município, mas temos ainda grandes vazios assistenciais, de tal forma que algumas regiões, uma unidade básica de saúde ainda é referência para 60 mil, 80 mil habitantes, até 120 habitantes. Então estamos com propósito de ampliar essa rede, e há o compromisso de construirmos 34 novas UBSs. O Ministério da Saúde abriu uma linha de financiamento agora e nós estamos pleiteando a construção de 34 UBSs por essa via de financiamento e reformarmos 86 UBSs próprias através dessa linha de financiamento que ainda não foi publicado o edital de quais são as UBSs que serão aprovadas por essa linha.

Mas a rede não depende só de estrutura física. Depende disso sim, melhorar as áreas físicas, ambiência, mas dependemos também da questão da qualificação da gestão do trabalho. Esse é uma grande prioridade na nossa gestão também. A questão da gestão do conhecimento e alinha da educação permanente, implementarmos questões de telessaúde, está na nossa pauta. Claro que isso não acontece da noite para o dia, e não quer que não estejam realizadas nos anos anteriores, mas nós vamos dar uma potencia maior a esse processo.

Entendo que nessa questão da articulação da atenção básica não só com o Hospital Pérola Byington, mas com os demais equipamentos estaduais, ela deva se dar de forma compactuada junto com a Secretaria de Estado da Saúde, inclusive, no processo de regulação.

Estamos trabalhando, por exemplo, para que nosso processo de regulação

Folha nº 89
do processo nº 01-253/2011

fls. 96

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

municipal, de acesso, esteja trabalhando de forma mais articulada com o CROS, da Secretaria de Estado da Saúde, porque a regulação, não pode ficar, o acesso, sob responsabilidade do cidadão, do usuário. Essa é uma responsabilidade que o sistema tem que assumir. Então, qual é a grade que é fornecida? Primeiro, discutirmos qual é a necessidade da população para que os equipamentos estaduais ou municipais atendam aquela necessidade e não de acordo com a vocação do serviço; esse é um ponto. Segundo ponto, é como pactuamos essa quantitativo. Terceiro ponto, qual processo que vamos desenvolver nessa questão, tanto da regulação como também na responsabilidade sanitária dessa cidadã, no caso entrando mais especificamente na pauta.

Entendo, primeiro, que essa não é uma responsabilidade só da área médica, mas é de toda equipe da Unidade Básica de Saúde, é da equipe de enfermagem, do agente comunitário de saúde e a rede que estamos propondo, claro que temos que ter uma organização hierarquizada em termos de fluxo, de acordo com a complexidade, mas, mais que uma rede hierarquizada, temos que ter uma rede poliárquica, onde a responsabilidade não é de um ou de outro. O que quero dizer com isso? Não é da Unidade Básica de Saúde fazer o diagnóstico, uma vez feito o diagnóstico encaminha para o hospital, faz o procedimento cirúrgico e retorna em produção em série. Não. A responsabilidade é de um e outro e outro, ou seja, a atenção básica hoje estamos juntos no Conasems, no Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, junto com o Ministério da Saúde, com o Conas, que é o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, com firme propósito de constituirmos essas redes de atenção à saúde onde isso está colocado no Decreto 7.508, que regulamenta a Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, onde a atenção básica efetivamente seja a coordenadora dessas linhas de cuidado e orientadora dessa rede de atenção à saúde.

Então, ao mesmo tempo em que o paciente está no hospital, nós continuamos com a nossa responsabilidade sanitária. Neste sentido, a questão de trabalharmos linhas de cuidado da mulher na questão da oncologia é de fundamental importância sim e não basta só termos protocolos clínicos, mas efetivamente nós temos que ter mecanismos de

Folha nº 30
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 97

monitoramento, que não é só sistêmico, mas descentralizando a gestão, não dá para dissociar gestão de conhecimento de gestão de sistema e gestão de cuidado, de tal forma que nós efetivamente, por meio do gabinete só não vamos conseguir controlar tudo isso. Então efetivamente a descentralização de gestão tem que ir para as coordenadorias de saúde, para as supervisões e chegar à unidade básica, onde o gerente, a equipe de saúde efetivamente monitore essa produção e faça esse mecanismo de controle de qualidade.

Então é aumentar o acesso com qualidade, garantir a questão da integralidade, mas, acima de tudo, trabalharmos na busca da equidade. E aí, a equidade, não é só no campo da questão social, da questão de cor e raça ou na questão de gênero, mas nesse sentido não dá para colocar na mesma fila de espera, na questão, por exemplo, do rastreamento do câncer de mama, a mulher que já tem o módulo palpável numa fila de rastreamento de mulheres que não têm nenhuma alteração e vão fazer o exame que tem direito e tem que fazer, mas que vão fazer por conta do protocolo de uma vez por ano, a cada dois anos ter que fazer.

Então essa é a nossa busca. Entendemos que estamos caminhando para esse processo, mas de forma dialógica, de forma compartilhada, constituir a rede de atenção à saúde de forma solidária, explicitando quais são os equipamentos existentes, quais são as possibilidades, qual o quantitativo, mas não só isso, acima de tudo qual é a necessidade da população, quais são essas demandas. E aí ter claro o seguinte, não temos condição de resolvermos todos os processos, todos os problemas? Efetivamente quais são as prioridades? Este ponto da questão da detecção e do tratamento de câncer é uma das prioridades nossa, além de outras.

Outro ponto, acho que a questão da rede de atenção na garantia da integralidade não pode se ater só à questão da assistência em si, por isso que ela não pode ser medicalocêntrica ou hospitalocêntrica, temos que avançar, ainda avançar mais na questão da proteção e da promoção da saúde. Não só no que diz respeito à questão comportamental, antitabagismo, a questão da alimentação saudável, mas trabalharmos em cima das vulnerabilidades dessa comunidade, desse cidadão. Trabalharmos na questão de quais são os

Folha nº 91
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 98

fatores de risco, fatores de proteção, trabalharmos a questão da intersectorialidade, acima de tudo, da participação da comunidade neste processo de empoderamento e estruturação da rede de atenção como um todo, mas, acima de tudo, na questão da atenção básica, porque é a atenção básica que é a responsável por aquele território, é a atenção básica, e não é só o médico, não é só o enfermeiro, é o agente comunitário de saúde, é a equipe interdisciplinar, vamos pensar na questão da saúde mental, por exemplo. Então é essa constituição de um coletivo que a gente acredita que efetivamente vá estar implementando não o Sistema Único de Saúde em si, mas o Sistema de Saúde na cidade para que efetivamente venha garantir uma melhoria de qualidade de vida e redução de morbi-mortalidade na nossa cidade, principalmente por causas que sejam evitáveis.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Mais alguém da Secretaria da Saúde quer se manifestar.

A SRA. – Boa tarde a todos e a todas. Agradeço esse convite. Só queria pontuar relativamente às questões que o Dr. Gebrin colocou, que são quatro pontos bastante objetivos de oferta de atenção. Eu acho que o Pérola Binyngton tem essa vocação de fazer a complexidade maior mesmo, se estruturou ao longo dos anos para desenvolver atividades e média e alta complexidade. Então, nesses quatro pontos, vou aproveitar essa oportunidade para dizer às mulheres aqui presentes e também para os homens, o câncer de mama é a primeira causa de morte das mulheres na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, e no Brasil também. As causas de morte por câncer, câncer de mama ainda lidera. Por isso que é tão importante fazer o diagnóstico precoce, mas não só o diagnóstico precoce, é o tratamento e concluir esse tratamento. Uma coisa que temos discutido na equipe técnica, não basta você fazer rastreamento, tem de fazer o diagnóstico, monitorar esse tratamento, concluir e aí, uma vez que teve alta, que seja na Perola Bayington ou em outros hospitais de excelências do SUS que temos na Cidade de São Paulo, que ela volte a rede básica e para isso temos o sistema já, a Marilena que a técnica se ele quiser complementar o que eu falar, esse fluxo das centrais de várzea, a Prefeitura do Município de São Paulo vence nesses seis meses, ela vem se

Folha nº 92
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.128

fls. 99

reorganizando, o Estado é bastante organizado, ela tem uma sistematização bastante estruturada, é uma questão de nos inter relacionar e promover um fluxo de referência contra referência, que isso é amplamente viável nesse momento. E os outros três assuntos, em relação a vítimas de violência sexual, a Prefeitura do Município de São Paulo tem alguns centros de atendimentos, não tem atendimento de excelência, como tem a Perola Byington, estou tentando reestruturar essas equipes, porque, qual o interesse das vítimas de violência é que elas sejam atendidas próximas de seu domicílio. Muitas vezes está na ponta do leste, ou no extremo da zona Sul de São Paulo, e o atendimento não é de uma oportunidade, ela vem várias vezes no atendimento. Seja na urgência ou no acompanhamento. É interessante que ela tenha o acompanhamento, por esse motivo, mais próximo da sua casa. A questão da reprodução humana, a Prefeitura do Município de São Paulo não tem um centro de excelência como tem o Perola que é o único centro do SUS no Estado de São Paulo, e também serve há muitos estados, outros do Brasil, a Prefeitura do Município de São Paulo não tem essa estruturação. Podemos discutir um pouco as vias de acesso, é perfeitamente viável isso neste momento. E a questão da alta complexidade das outras doenças do trato feminino. São as coisas que são todas, menos o câncer. Esse também. O Município como Harada já disse, não temos o equipamento total para atender toda demanda do Município. Nos quatro pontos colocados, temos grandes avanços a ser conquistados nos próximos meses ou nos próximos anos. Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Antes de abrir a palavra quero fazer uma colocação. O Dr. Gebrin, falou que vocês estão atendendo a demanda de câncer e de violência sexual contra mulher e o senhor falou que a demanda de câncer estão demorando um mês para marcar cirurgias. Vocês já tiveram algum contato com o gestor municipal para discutir trabalho do Perola? Este ano sentaram para conversar sobre isso?

O SR. GEBRIN - Ainda não.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Pergunto ao Dr. Harada, se há alguma previsão de chamar o Hospital Perola Byington para discutir com a Secretaria a relação desse hospital

Folha nº 93
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 100

com as unidades básicas e também com os outros órgãos de unidade de atendimento, se tem algum projeto, algum plano de chamada com o Hospital, para sentar e ver referência contra referência.

O SR. JORGE HARADA – Estamos sempre abertos ao dialogo e estarmos pactuando questões com relação a melhoria da assistência, do fluxo de encaminhamento dos pacientes para os serviços. Por outro lado, essa questão é da pactuação dos pacientes das unidades básicas de saúde para um determinado equipamento, principalmente, quando spb gestão estadual, não é pactuado equipamento por equipamento, mas isso deve ser realizado com a gestão estadual, que é responsável pelo processo de regulação. Se eles fossem sob nossa gestão, sabem disso, pactuamos na questão de que tivéssemos um comando único. Que todos os equipamentos, na medida do possível, estivesse sob gestão municipal, exatamente para evitar essa questão dessa dificuldade de referência com outros equipamentos que não estejam sob gestão municipal e para melhorar o acesso. Mas nesse caso, assim como a Santa Casa, Hospital Santa Marcelina, HC, vários equipamentos estaduais, a questão da pactuação ela não se dá da gestão municipal para com o Perola Byington, seria uma ingerência até, do gestor municipal junto a Secretaria Municipal.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Com quem na Secretaria do Estado, os Srs. dialogam sobre essa pactuação, esse vai, vem. Quem é o órgão e quem é a pessoa?

O SR. JORGE HARADA – No campo da regionalização. A Secretaria de Estado, tem 17 DRS- Departamentos Regionais de Saúde. O Departamento Regional de Saúde que é responsável pela região metropolitana, inclusive o Município de São Paulo da DRS-1, nosso principal interlocutor nessa questão da pactuação, mas também temos tido junto ao Secretário Felipe junto ao Secretario Guido, tem feito uma agenda especifica dada a dimensão de São Paulo, a importância, não só para o campo da assistência aos paulistanos ou as pessoas que moram, residem em São Paulo, mas também porque tem esse escopo do campo regional e estadual, muitas vezes nacional. Tem tido uma agenda mensal também para discutir essa questão da rede. O DRS, esta atrelado a CRS – Coordenadoria Regional de Saúde. Temos

Folha nº 34
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 101

tido contato, também, na medida em que o Município de São Paulo se constituiem uma rede de atenção à saúde, temos tido interlocução junto com a coordenadoria regional de saúde. A questão da regulação especificamente, está com CROS, com Dr. Napoli, responsável por essa área, da regulação estadual no CROS.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Perguntei isso, porque acredito que seja um nó, depois do nó de financiamento, o nó mais grave, dinheiro, todos trabalham com muito dinheiro no SUS, o que está pegando na questão do financiamento. Depois do problema do dinheiro, no problema da gestão, existem vários problemas na gestão, acredito que um dos principais, é a conversa entre Estado e Município. Não é de agora. Há muito tempo. Desde de quando municipalizou a Cidade de São Paulo que existe uma dificuldade de entrosamento, de aproveitamento, potencialização da rede, etc... O Secretário Felipe esteve aqui, outro dia veio o José Manuel, o Felipe não pode vir, para falar sobre o Hospital Sorocabano, audiência pública de reabertura. E os dois falaram aqui, separadamente, que estão conversando bem, que ficamos muito alegres, porque se potencializar rede estadual, rede municipal, dobra vaga, cai pela metade custo, porque muitas vezes o doente, replica exame, consulta. Se estamos conversando, ótimo, agora, acredito que a Comissão de Saúde, como somos vereadores do Município, e foi a intenção da comissão quando fez esse requerimento, queremos acompanhar esse fato de perto, porque o doente vem bater em nossas portas. Muitas vezes o gestor reclama que mandamos o doente, vamos fazer o quê quando o doente vem aqui com um tumor pedindo pelo amor de Deus, me arruma uma vaga. Sentimos que existe ainda, não sei como está agora, nos últimos tempos, mas na falta de conversa entre os dois gestores é muito grande. Acredito que a primeira conclusão, devemos acompanhar de perto e além dos cabeçudos – vamos chamar assim, os dois gestores maiores conversarem – tem de chamar o diretor Perola, especificamente, Se é um hospital de referência que mais opera câncer no Brasil, tem toda a qualificação para ser chamado junto com o senhor que é da atenção básica, sentar, para detalhar o plano de trabalho de como será feito. Ele pode ajudar vocês, por exemplo, qualificando ginecologista da rede, explicando quem manda, quem não manda. E

Folha nº 93
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 102

você podem ajudá-lo na medida em que vocês organizam o fluxo para não mandar Papanicolau para o Pérola, para não mandar outras coisas que podem ser feitas lá na base.

Então eu acho, sinceramente, Vereadora Noemi, que essa Comissão poderia se meter mais no sentido de colaborar, de desdobrar essa conversa em muitas conversas, como estamos tendo aqui. Aqui não vai dar para detalhar, porque não é uma reunião de trabalho, é mais para ouvir vocês, mas eu sinceramente falando, acho que gestor do HC tem que sentar com o diretor ou superintendente das autarquias de São Paulo, dos hospitais municipais, para discutir como a gente sai do embrulho, porque está todo mundo enfiado. É minha opinião, se eu estiver errado... Eu também já fui gestor, todo mundo sofre. É aquela casa que não tem pão, todo mundo grita e ninguém tem razão. Concordam?

Eu vou encerrar por aqui com essa sugestão e vou perguntar e depois vocês podem responder, vão anotando, vou perguntar para a Vereadora Noemi se ela quer falar. (Pausa) A Vereadora deixou vocês falarem.

Tem a palavra a Sra. Ana Firmina, conselheira do Conselho Municipal de Saúde do Sindicato das Enfermeiras, por três minutos.

A SRA. ANA FIRMINA – Boa tarde. Na pessoa do Vereador Natalini cumprimento toda a Mesa. Acho que estamos aqui e está faltando o ator principal, que é a Secretaria Estadual de Saúde, que teria que dar resposta em relação a essa demanda, entendendo e sabendo que quem dá a assistência secundária e terciária é de responsabilidade do Estado e que o Estado só fornece 1% do seu orçamento financeiro para a promoção e prevenção e aí eu teria uma pergunta para o Secretário de Saúde do Estado, quais são os equipamentos – que nós vamos ficar aqui sem resposta – de saúde do Estado que estão, ou que eles pensariam em fornecer para as ações de saúde, referente a esse tema, para dar demanda e vazão à demanda reprimida que tem todo Estado de São Paulo do câncer de mama as mulheres portadoras.

E para o Dr. Gebrim, que hoje responde pelo Pérola Biyngton, qual a capacidade de atendimento hoje do Pérola Biyngton em relação às 443 unidades básicas de saúde que têm

Folha nº 96
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 103

dificuldade hoje de referência e contrarreferência nesse tema e se a gente acompanhar toda evolução epidemiológica e os dados, nós vamos saber o crescimento hoje da mortalidade em relação a esse tema no município de São Paulo.

Então aqui a gente fica com uma lacuna, que é a ausência do Estado em dar resposta sobre aquilo que ele tem de responsabilidade sanitária e para o senhor, Dr. Gebrim, qual é a capacidade hoje de atendimento frente à demanda reprimida do município de São Paulo.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Foi anotado e depois ele responde. Tem a palavra a Dra. Neide, também conselheira do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Municipal da Saúde da Mulher.

A SRA. NEIDE – Vários pontos de atuação, mas neste momento nós temos boas vontades, como é do diretor, e temos boa vontade, com é na atenção básica do município de São Paulo. Mas efetivamente, esses dois que estão sentados na mesa não são capazes de compactuar, porque o pacto é feito através, como o Dr. Jorge Harada falou, é em cima da 7.508 e a 7.508 é território. Então os gestores precisam entender que agora as coisas são no território, que não dá para fazer mais centralizado. E hoje, neste município é assim, está ando boa assistência, mas eu, como mulher, não consigo chegar lá, porque ele está atendendo aquilo que ele não tem necessidade dele atender e, ao mesmo tempo, nós não temos nem RH na rede, que é o ginecologista bem formado, bem capacitado, que é um dos princípios do SUS que a gente tem educação continuada e a gente não está tendo. Nós, servidores da rede, não importa se são celetistas, se somos estatutários, não temos um dos princípios do SUS que é nossa capacitação diária, porque as coisas mudam diariamente. Então nossa educação permanente não está sendo executado. Então, talvez, se começássemos a falar em cima de educação permanente, em cima dos serviços que temos, em cima do Estado entender que ele também precisa entrar na promoção, porque esse município é muito grande, ele não é capaz de dar conta da promoção e da prevenção e, ao mesmo tempo, tem que dar conta da

Folha nº 97
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 104

assistência de média e alta complexidade, porque dentro da legislação seria o município que tem que fazer isso e não o estado.

É muito importante que a gente tenha esse pacto regionalmente e distribua as ações. Agora, quem que teria que estar aqui seria a regulação do Estado. A regulação do Estado não vai conversar em lugar nenhum, parece que ele é todo poderoso. A regulação do município vai, os secretários vão, o Dr. Arthur tinha até ido, já foi em duas audiências junto com o Secretário do Município, mas a regulação do Estado não senta em lugar nenhum, parece que eles são maiores que o Secretário de Estado. Nesse momento que a gente prevista tentar fazer essa regulação e dar educação continuada e colocar RH na rede para fazer funcionar a assistência da mulher.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Só por uma questão de justiça, a regulação do Estado não foi convidada talvez por uma falha nossa. Nós queríamos colocar a rede básica dos centros de saúde com o hospital para fazer uma primeira conversa para levantar as dificuldades de ambos os lados e as dificuldades, mas nós podemos, atendendo a sua sugestão na sequência, fazermos uma outra discussão um pouco mais ampla, sobre questões de regulação no geral.

Tem a palavra o Sr. Manoel Farias, usuário do CAPS2 Pirituba-Jaraguá.

O SR. MANOEL FARIAS – Boa tarde. Vou dispensar as formalidades porque a minha linguagem é um pouco diferente. A gente, como usuário da rede, sente que tem muitas reuniões, muitas iniciativas que os funcionários e os gestores não comparecem, não dão sua opinião porque eles têm medo de represaria, eles são empregados, eles não podem faltar. Então tem muita coisa que às vezes eles querem falar, eu já fui em muitos congressos e muita reunião em que eles vêm e dizem: "Tenta passar isso para frente" e eu tenho que passar no meu nome, porque é realmente um pouco assustador ficar desempregado.

Mas, enfim, a gente teve uma reunião logo no começo para decidir os eixos, o que a gente estava precisando em cada área, foi feito em Pirituba, e nós tomamos algumas decisões e eu fiquei como parte da comissão que iria para a Coordenadoria da Saúde para

Folha n° 38
do processo n° 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 105

levar essas questões. Ficamos eu e uma funcionária de um outro CAPS. Fomos a essa reunião, resolvemos algumas coisas, mas parecia que estava meio pronto o texto que a gente ia discutir, a coisa estava meio direcionada. A gente foi dando as opiniões e tudo, gerou-se um documento dessa reunião e o Dr. João, que é o Supervisor Técnico de Saúde de Pirituba-Jaraguá, no meio desse documento comecei a falar da dificuldade dos funcionários, falta de funcionários, porque está todo mundo aposentando, psiquiatra se aposentando, que são do Estado e não vão voltar mais, o CAPS vai ficar sem psiquiatra, os dois que têm lá já estão de saída porque eles não conseguem aguentar a quantidade de pessoas que vão lá – e é tudo louco, que nem eu. E não tem psicólogo há mais de quatro anos no CAPS.

Aí começamos a discutir algumas coisas, no fim ele colocou no texto desse documento: “Tendo em conta que o problema de pessoal, problema de equipamento, de material” – porque eu questionei tudo, eu faço tear e não tem lá para a gente fazer o trabalho. Aí ele falou: “Pondo em situação que isso já está todo resolvido, então vamos colocar os outros eixos” e eu fui para essa reunião lá na Secretaria Municipal de Saúde, há alguns dias, cada grupo que foi tido como representando desse documento, para verificar. E cada região, nós somos pela Norte, cada região levou a sua reivindicação, foram colocadas na tela todas as reivindicações, porque se alguém tem alguma coisa para alterar, que isso ia ser mandado para o Secretário de Saúde.

Eu até questionei isso. Falei: como que uma pessoa coloca isso? Fui contra, no momento. Mas como é uma comissão, decidiu que ia ficar isso no texto.

Em consideração que isso já está resolvido, quero saber como isso está resolvido. Como que a gente vai pedir outras coisas se não tem nada disso. Como se fosse assim: bom isso aqui é responsabilidade da Prefeitura, então isso aqui a gente já tem como resolvido. Já tem tudo, está tudo certo e vamos discutir outras coisas.

Mas como tinha sido de uma comissão, não pode alterar agora, mas tudo bem. Eu falei que queria que todo mundo ficasse sabendo que na hora eu questionei isso. Acho que a gente não pode falar: pondo em conta, levando em consideração que esse é um problema que

Folha n° 99
do processo n° 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 106

já está resolvido, vai ficar assim, não é?

Então, eu só queria colocar esse ponto de vista, como que está sendo resolvido isso. Estão falando que vai ter um concurso para tantas pessoas e tudo, mas até agora a gente está sem material no CAPS, a gente está fazendo feira para vender as coisas que a gente faz para conseguir comprar material para fazer os trabalhos da gente.

Como fica um CAPS sem psicólogo e agora vai ficar também sem psiquiatra? Eu imagino, falo isso, não consegui, teve uma reunião específica da saúde mental, mas não deu para participar, tinha outro compromisso.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Obrigado pela sua participação, Manoel.

Próximo é o Sr. José Jailson da Silva, do Sindicomunitário.

O SR. JOSÉ JAÍLSON DA SILVA – Boa tarde a todos, na pessoa do Vereador Natalini quero cumprimentar a mesa; na pessoa dos meus companheiros João Paulo e Maria Luiza, agentes comunitários de saúde, assim como eu, quero cumprimentar a plenária.

Sou agente comunitário de saúde do Jardim Ângela, desde 2005, e estou como diretor do Sindicomunitário. Acredito que seja um dos sindicatos mais novos da história do Estado de São Paulo. Vim para discutir um pouco a questão dos agentes comunitários.

Queria rapidamente deixar algumas contribuições sobre a Rede de Atenção Básica, agradecendo também o convite que esta Casa me fez e dizer que importante esta nova gestão reforçar o NASF para poder fortalecer a saúde das famílias nas UBSs, trazendo mais profissionais para as questões do território.

Também é importante priorizar a saúde bucal, pois muitas Unidades Básicas de Saúde não oferecem esse serviço – inclusive a minha, no Vila Calu -, mais agilidade nos agendamentos de consultas especialidades. Porque na minha UBS fui me informar para quando estavam agendando a consulta disseram que era só para setembro. É um absurdo.

Queria deixar como contribuição para esta Comissão, Vereador, vocês chamarem uma discussão para avaliarem a estratégia de saúde da família em São Paulo, que é uma das

Folha nº 100
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 107

últimas que foi experimentada no Brasil, demorou muito a entrar, por uma questão política. Temos um pouco mais de uma década que a Cidade adotou essa estratégia e nunca ninguém sentou para discutir como que estão os pontos fortes e fracos.

Fico feliz porque os agentes comunitários de saúde que fazem parte da estratégia da saúde da família foram citados aqui por duas vezes, gostaríamos de uma atenção por parte da Secretaria, principalmente na questão de qualificação profissional.

Nós recebemos quando entramos, no momento um, o beabá, como que é ser um agente comunitário. Mas temos também uma política nacional de um curso chamado Habilitação Profissional de Técnico e Agente Comunitário de Saúde. Recebi o primeiro módulo em 2007 e acabou. Não sei se faltou recursos ou vontade política, mas de 2007 para cá não se fez mais. São três módulos, só fizemos o primeiro. Muitos dos meus companheiros que chegaram agora, não fizeram nenhum desses.

Queria pedir a atenção especial da Secretaria porque a gente aprende muito na prática, mas o conhecimento teórico para organizar a atividade diária é muito importante para a gente.

Gostaria de dizer para o representante da Secretaria que estou muito triste quando nós, agentes comunitários de saúde, deixamos de receber qualificação voltada para a nossa área e somos convocados para receber qualificação para sermos entrevistadores. A Secretaria de São Paulo, a Prefeitura, fez essa escolha para fazermos o Cadastro Único.

Não somos contra o Cadastro, quero deixar isso bem claro, mas o nosso trabalho tem outra dinâmica. Esse CAD Único é um programa do Governo Federal que, inclusive, mexe com transferência de renda. O nosso trabalho de agentes comunitários é diferente do trabalho dos outros profissionais como enfermeiros, de quem somos supervisionados e dos médicos, porque eles vêm prestar serviços na nossa comunidade e vão embora para suas casas. Nós não, nós trabalhamos e moramos na comunidade.

Mexer com dinheiro é algo muito delicado e o Sindicato é contra aplicarmos o CAD Único por essa questão, que coloca em risco o nosso trabalho. Porque o nosso trabalho insiste

Folha nº 303
do processo nº 01-253/2011

Vera Nide Rodrigues
RF: 101.123

fls. 108

em ter confiança das famílias. Se eu não puder entrar em 200 famílias as quais tenho cadastradas para visitar mensalmente eu estou desempregado. Se alguém entender que depois que apliquei o cadastro - porque tenho de deixar o comprovante com meu CPF que fui o entrevistador daquele cadastro, é esse calhamaço aqui para fazer o cadastro.

Estamos muito preocupados com isso, outras prefeituras do Brasil têm contratado assistentes sociais ou entrevistadores, de fato, não colocado essa carga pesada para os agentes comunitários fazerem.

Volto a dizer que não somos contra o programa e nem a aplicação do cadastro, é que ele implica para nós em desconforto e até nos deixa vulneráveis junto as nossas comunidades.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Obrigado, José.

Está presente entre nós a Vereadora Patrícia Bezerra, Vice-Presidente desta Comissão de Saúde.

Passo a palavra para a última inscrita, a Sra. Maria Helena, funcionária da Secretaria de Saúde Municipal.

A SRA. MARIA HELENA - Boa tarde a todos, sou média da Regulação, da Secretaria Municipal de Saúde, e muito me surpreende a fala do Vereador em relação a não conversa entre as Secretarias Municipal e Estadual. Quero dizer ao senhor que todos os meses nós temos um encontro, que o Grupo Técnico de Regulação, e colocamos na mesa todos os problemas que o Município tem, as necessidades, fazemos trocas e as solicitações necessárias.

Por outro lado, digo que há três ou quatro anos há um fluxo - até para a informação da Neide - que é organizado em relação a toda parte de oncologia, principalmente de mama e ginecológico.

Surpreendam-se: há sobras de vagas nos prestadores que nós temos, principalmente de mama. Quando a mamografia vem alterada já é automaticamente dirigida, as

Folha nº 102
do processo nº 01-253/2011

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 109

pacientes são encaminhadas a esses serviços oncológicos, onde elas recebem todo o segmento.

Se eu quiser uma vaga para amanhã, tem. Não sei onde é a falha em relação ao diagnóstico de câncer de mama.

Em relação ao Pérola, a gente se conversa, pelo menos, há uns dois anos e meio, três, em relação ao trabalho em conjunto. Talvez o Dr. Harada não soubesse dessa informação. Através do Dr. André eu tenho esse *link*, e há muito tempo falo para ele que ele precisa se reportar junto à Secretaria do Estado porque eles têm gestão estadual.

A partir do momento que eles recebem Ok, disponibilizam as vagas, a gente trabalha, conversa, faz qualquer coisa. Então, é assim, estamos de portas abertas, a conversa existe, inclusive com o Pérola, mas a minha referência no Pérola é o Dr. André.

Em relação à contrarreferência a unidade está se preparando, se prepara e já vem recebendo pacientes de casos oncológicos de volta para a unidade, desde que eles não sejam dependentes de hormonioterapia, porque isso é uma competência dos serviços oncológicos, dos CACONs. Isso é uma lei interministerial. É do Ministério. Isso já está posto, está dado, a rede não tem condições de atender esse tipo de paciente.

Se ele tiver alta, cura, sem medicamento, sem nada, só para controle clínico, a rede está aberta para isso.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – É uma notícia boa que a senhora está nos trazendo porque a queixa que recebemos aqui todo o dia é uma queixa de dificuldades dos pacientes que saem das unidades para alcançarem determinados atendimentos. Sou voluntário médico numa igreja há 40 anos, lá no Cangaíba, todos os sábados eu atendo cerca de 40 doentes e eles vão lá me pedir para ajudar a fazer o caminho de sair da UBS e buscar o atendimento mais especializado lá no voluntariado. Fico feliz que a senhora traga essa notícia e a nossa intenção não é destruir o trabalho feito, é ajudar o trabalho a alcançar patamares e amplitudes maiores. Essa é a nossa intenção, a nossa política aqui é de valorizar aqueles que sorriem, trazendo lágrima no olhar. Valorizar o trabalho de quem faz, é a nossa intenção. Não

Folha nº 103
do processo nº 01-253/2011Vera Nide Rodrigues
RF: 101.123

fls. 110

entenda errado.

A SRA. _____ - Só para complementar a informação, as unidades tem acesso a essas vagas dos serviços oncológicos, elas não estão diretamente vinculadas à regulação, principalmente, a parte ginecológica, elas estão disponibilizadas diretamente a todas as unidades básicas. Todos tem acesso.

O SR. LUIZ HENRIQUE GEBRIM – O que fica claro é que estamos tendo grandes benefícios em ambas áreas, mas precisamos capacitar e valorizar o médico da unidade básica. É lá que 70% dos serviços podem ser feitos e não repassados. Esses colegas precisam de treinamento porque o mundo está mudando muito e já sabemos que com 60 anos a mulher não precisa fazer papa nicolau, mas poucos médicos sabem disso. Esse recursos que estão sendo gastos com exames: o exame de ultrassonografia pélvica não é para rastrear câncer de nada, não precisa ser feito, o Brasil é campeão e o médico não sabe e ficam filas de exames e reclamações. Se capitularmos o que se gasta de dinheiro com ultrassom ginecológico de gente que não precisa fazer dá para construir um hospital de porte médio por ano. Então, vale à pena, agora que estamos sendo cobrados para usar o dinheiro racionalmente, trabalhar com essa finalidade. Vamos pactuar com o médico, com o colega que está na periferia e ver o que funciona, o que é importante ser encaminhado e o que não precisa.

Vamos dar esse *status* para ele. Ele tem o nosso telefone e temos o dele, por outro lado a mulher que trata o câncer de mama fica curada, depois de cinco anos ela não precisa ficar vindo mais ao hospital. Ela volta porque fica preocupada e precisamos dar essa segurança para o colega. Isso precisa ser resgatado, esse trabalho do PSF. Nós fazemos cinco cursos todos os anos e passamos vagas para o município e damos o manual. Todo o país que tem saúde comunitária tem isso, na Alemanha eles já dizem na faculdade o que tem de saber, é esse exame que tem de ser feito e com tal periodicidade.

E temos de avaliar porque está onerando, todo mundo que está com dor de cabeça está com derrame? É importante que os médicos se qualifiquem porque 10% dos casos é que requer exame complementar. E assim é a consulta ginecológica, o médico tem de examinar, se

Folha nº 104
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 111

não examina e pede exame, estamos criando uma distorção e isso não é bom para nenhum lado.

Temos de começar a fazer cursos, obrigatoriedade desses cursos para esses colegas que trabalham e capacitar. Esse estágio de aprimoramento podemos recanalizar o dinheiro que é gasto com exames que não são necessários para atender mais rápido aqueles que precisam.

O SR. ANDRÉ LUIZ MALAVASI – Boa tarde a todos. Primeiramente, agradeço o convite e ratifico as palavras da Dra. Maria Helena, realmente, eles buscam ajuda no Pérola e vice-versa, frequentemente, nós solicitamos a eles procedimentos ou ajuda em alguns recursos do município e isso funciona bem. Agora, corroborando as palavras do Dr. Gebrim, sentimos uma grande dificuldade numa falta de uniformização entre o médico da UBS e do Pérola Byington. Nós temos um protocolo muito bem feito, baseado em custo efetividade, baseado em evidências científicas. Esse protocolo está à disposição do município e tentamos várias vezes disseminar isso através de um esforço do professor Gebrim e percebemos que colocamos mensalmente 80 vagas para cirurgias de mioma e oferecemos essas vagas para o município, mas essas 80 vagas não são aproveitadas, recebemos em média 60 pacientes por mês e dessas 60 apenas metade estão prontas para serem operadas.

Só para ilustrar o único cuidado que pedimos é que no posto a paciente venha com o papa nicolau, o ultrassom transvaginal mostrando o mioma e um hemograma e metade das pacientes não veem com os recursos mínimos, então, nós temos que realizar essa rotina básica no hospital e muitas vezes colocar essa paciente no lugar de outra que está pronta para ser operada e isso acaba nos tirando a agilidade porque o Pérola hoje é um modelo nacional para alta resolutividade. A paciente chega com uma queixa mamária e no mesmo dia ela realiza a mamografia, ultrassom e se precisar biópsia e já tem a sua cirurgia agendada.

O que nós sentimos é uma falta de uniformização na unidade básica de saúde ainda mais porque são várias as OSs mantenedoras, então, é uma grande colcha de retalhos e dependendo da região em que a paciente está são protocolos diferentes. Então, queremos

Folha nº 105
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 112

uniformizar esse protocolo para levar agilidade para esses pacientes.

Em relação ao PSF, nós sentimos isso no Pérola, temos um andar inteiro em que são acolhidos pacientes para cuidados paliativos. Aquela paciente que teve câncer de mama há oito anos e que está numa fase avançada da doença e que muitas vezes precisa ficar internada no hospital, longe da família porque não temos uma unidade básica que possa fazer o curativo para ela. Muitas vezes tentamos localizar o PSF daquela região e não há uma uniformização de conduta.

Estamos abertos para poder capacitar o médico da unidade básica é nosso interesse esse vínculo de aprimorar o que já vem sendo feito por meio da Dra. Maria Helena.

O SR. JORGE HARADA – Costumo dizer sempre que não há respostas simples para problemas complexos. A imensidão do desafio que temos para atender essas necessidades e organização de redes e fluxos não se dá por meio de uma medida ou duas é necessário um conjunto de ações. Uma delas é a questão do protocolo existente, não basta ter o protocolo e implantá-lo por decreto, ou por forma de cursos e capacitação, mais cada trabalhador tem de se apropriar desse protocolo. Inclusive, temos de ajustá-lo de acordo com a necessidade e possibilidade de cada região. Sempre digo que não há um padrão ouro de um protocolo que vai melhorar as questões de eficácia, eficiência e efetividade e principalmente garantir a equidade. Há a questão do protocolo e é mais do que a questão do protocolo implantar as linhas de cuidado, mas concordo que temos de avançar nesse sentido.

Concordo com o que o Gilberto diz também no sentido de termos de aperfeiçoar a questão do diálogo e da interlocução da gestão municipal com a gestão estadual. Há todo esse esforço e já é um processo sistematizado, seja pela ação política da relação entre os secretários de saúde, seja pela dimensão técnica e espaços sistematizados já existentes no Sistema Único de Saúde, seja pelo colegiado de gestão regional também. Então, esses colegiados têm fomentado toda essa política.

O próximo passo é assim - e aí falta mesmo aproximação não só entre gestores, mas também entre serviços - nessa questão, não só entre um serviço e outro, mas num

Folha nº 106
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 113

determinado território - agregamos os gerentes das Unidades Básicas de Saúde, do CAPS, do hospital, da rede ambulatorial, da UPA, etc. para que efetivamente haja essa reconstituição da rede. Não adianta ter tudo bonitinho no papel – temos uma programação pactuada integrada, um plano diretor regional, porque na vida real isso não acontece devido a não apropriação e não participação por parte dos trabalhadores. Esse talvez seja o maior desafio na constituição de rede, mas estamos com um firme propósito.

O fato de estarmos aqui já é um avanço hoje. Temos de reconhecer que é importante participar nesta Casa de assuntos, de temas como esse – e aí, Natalini, não é só no sentido de acompanhar, mas no sentido efetivo de ser o autor nesse processo, ser um protagonista, independente de regimento, mas estarmos abertos ao diálogo e discutirmos o assunto de forma mais continuada, de forma mais permanente.

A SRA. PATRÍCIA BEZERRA – Dr. Harada, perdoe-me, gostaria de pegar o gancho disso que o senhor está falando, porque quero fazer uma pergunta exatamente nesse sentido. Como podemos proceder, fazendo uso desta comissão, para que haja uma intersetorialidade, uma conversa, para propor alguma coisa, pois dá uma ansiedade ouvir o que vocês falam.

É preciso ter uma interface entre essas áreas, entre as UBSs, entre as AMAs e deixar esses hospitais de médias e altas complexidades para fazer como o Dr. André falou, o paciente já chegar pronto para a cirurgia de alta e média complexidade. Então, o que vocês propõem para que nós os ajudemos nessas conversas, nessas mediações? Como podemos fazer isso usando esse espaço para essas discussões e ações proponentes?

O SR. JORGE HARADA - Por exemplo, ao iniciarmos essa sessão, foi feita a audiência pública em relação aos projetos de lei. Esses projetos de lei, antes de elaborados, podem ser perfeitamente dialogados com a área técnica, com o controle social, no que diz respeito às necessidades e que lógica de constituição de rede estamos desenvolvendo na Cidade. Temos enfatizado muito isso. Em nível federal, as emendas parlamentares estaduais e municipais, em cima dessas necessidades, onde existem os vazios assistenciais e onde há

Folha nº 107
do processo nº 01-253/2011

fls. 114

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

maior necessidade – vamos dizer assim – essa ação pode ser feita de forma articulada, isso no campo do financiamento, no campo da legislação.

A nossa ação extrapola essa questão, vai para a dimensão política mesmo do processo de construção do Sistema Único de Saúde. Então, quanto à realização de atividades como essa ou efetivamente quanto à questão do fortalecimento do controle social e quanto à educação permanente, podemos construir coletivamente todo um processo.

A questão executiva é nossa atribuição, é nossa responsabilidade, mas o processo de pactuação, de projeto político sanitário pode ser construído coletivamente, até para garantir sustentabilidade ao processo, independente da questão partidária. A política de saúde é a política de estado, assim como a educação, a assistência social. Então, é mais ou menos dentro dessa linha.

Outro ponto que queria destacar é o seguinte: a dimensão de pactuarmos a questão dos procedimentos e da regulação. Nesse sentido, o gestor estadual tem de estar presente, não dá para pactuarmos gestor municipal com gestão estadual.

Outro ponto muito apontado - e concordo com o mesmo - é a necessidade de implementarmos mais as ações na área de educação permanente, que não abrange somente curso de capacitação. Que isso efetivamente entre na roda de conversa junto com os trabalhadores nas redes e nos territórios. Esse é o maior desafio, não é fácil. A escola municipal de saúde, não só como espaço físico, mas também como tecnologia leve para se desenvolver essas ações nos territórios, é uma questão que estamos discutindo muito.

O José colocou uma questão importante e concordo com ele. José, concordo que tenhamos que trabalhar, não parar só com a questão do introdutório no agente comunitário de saúde. Essa lógica se mantém, inclusive, agora está previsto um grande movimento de educação permanente na área de saúde mental para os agentes comunitários de saúde. Temos 7.126 agentes comunitários de saúde, aproximadamente. Isso dá uma cobertura de 39, 38% na Cidade, mas são quase quatro milhões de habitantes na mesma. Concordo que temos que discutir a política de atenção básica e como entra a estratégia de saúde da família nesse

Folha nº 308
do processo nº 01-253/2011Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

fls. 115

sentido.

Concordo com tudo o que disse em relação à questão do NASF. A questão do CadÚnico, no sentido de que, para esse cadastramento, está previsto também na atribuição do agente comunitário de saúde ações intersetoriais. Concordo que talvez a forma como foi iniciada não tenha sido a mais adequada, mas estamos tentando reestruturá-la de tal modo que estamos pondo outros trabalhadores para facilitar esse processo. Assim, alguns municípios optaram por não fazer por meio ou com a participação só do agente comunitário de saúde - entendendo que não seja uma atribuição exclusiva do agente, existem outros profissionais trabalhando nesse sentido. Por outro lado, outros municípios estão trabalhando por meio do agente comunitário de saúde no que diz respeito ao CadÚnico. Mas, é uma questão de aperfeiçoamento. Entendemos que é uma atividade complexa.

Outro ponto mencionado diz respeito à questão do protocolo e encerro por aqui. Essa questão da formação do profissional é um nó que começa não só quando chega ao trabalho. Há também a questão da residência médica, da falta de médicos na rede no país. São pontos que merecem uma discussão bem específica. Participo da Comissão Nacional de Residência Médica representando o Conasems e esse é um ponto prioritário para discutirmos, o trabalho médico dentro do processo de gestão. É uma questão importante.

Só queria lembrar uma última questão, há uma grande demanda reprimida com relação à atenção especializada, seja para consultas clínicas especializadas, seja para apoio, diagnóstico ou seja para procedimentos cirúrgicos. Estamos num grande movimento de realizarmos esforços concentrados por meio do equipamento, cujo projeto está em desenvolvimento e para a realização de exames. Por exemplo, no mês de maio, houve um grande movimento na área de ultrassons transvaginais. Desenvolvemos outros procedimentos também onde há maiores gargalos. Agora estamos num segundo momento de tal forma que estamos reduzindo essa demanda.

Mas, por outro lado, não basta só ter regulação competente ou aumentar a oferta – aí, Gebrin, concordo com você – temos que melhorar a questão da resolubilidade no nível da

Folha n° 309
do processo n° 01-253/2011

fls. 116

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

atenção básica; encaminhamos menos e melhor, porque senão a fila sempre tenderá a aumentar. Mas, essa não é uma questão que ocorre somente no Município de São Paulo e sim no país todo. Estamos atentos com relação a isso e não é uma questão que resolvemos a curto prazo. Algumas medidas, sim, através do esforço concentrado, por exemplo, como foi realizado o mesmo, minimizamos, nem resolvemos.

Mas, algumas questões de procedimentos que tinham fila de espera para seis meses, nós já estamos reduzindo para 90 dias, por exemplo. Outras que demoravam 90 dias já estamos em 30 dias, mas há que se ter todo um esforço concentrado de todos, seja de quem caminha, de quem regula ou de quem faz o procedimento, que o paciente não deve ficar *ad eternum* também no serviço para que se faça efetivamente essa rede ter maior resolubilidade e atenda mais essa demanda reprimida.

Agradeço a oportunidade de estar presente. Em nome do Secretário, nos colocamos à disposição para outras pautas que se fizerem necessárias, ou para dar continuidade a essa pauta.

Muito obrigado.

A SRA. NOEMI NONATO – Sr. Presidente, sei que o horário avança, estamos quase no término da reunião, mas quero perguntar rapidamente ao Dr. Harada se além da integração entre o Município e o Estado, no que se refere ao diagnóstico do câncer de mama e colo de útero, se é possível estabelecer convênios também com a iniciativa privada para levar unidades móveis para nossa periferia e suprir eventuais deficiências no atendimento. O senhor acha que é possível?

O SR. JORGE HARADA – Defendo, Vereadora, não a questão da unidade móvel, com raras exceções no que diz respeito às áreas que tenham baixíssima densidade populacional e em que tenhamos um vazio assistencial. Temos de trabalhar efetivamente na ampliação da rede e na área da atenção básica, especializada ou hospitalar, em que tenhamos equipamentos perenes, porque isso não garante um dos principais desafios ou compromissos que temos, por exemplo, na atenção básica, que é a criação de vínculo e garantia de

Folha nº 130
do processo nº 01-253/2011

fls. 117

Vera Nice Rodrigues
RF: 101.123

longitudinalidade no processo do cuidado, porque senão fazemos uma ação itinerante e depois quem continua o cuidado?

E isso não apenas na questão do hipertenso, do diabético, mas também na puericultura, saúde da mulher, do adulto como um todo, como vamos constituir processos de saúde coletiva como cultura da paz, prevenção de DST/AIDS, etc. Então a atenção básica extrapola a questão da assistência, de tal forma que temos de brigar pela ampliação da rede física.

A SRA. NOEMI NONATO – Dr. Harada, obrigada pela consideração e pelo carinho. Quero agradecer toda a Direção do Hospital Pérola Byington pelo carinho e pela disponibilidade de estarem aqui nos ajudando, ampliando e fornecendo informações precisas para esta Comissão continuar na busca incessante da cura do câncer de mama.

Agradeço também o Vereador Natalini, grande médico, a quem tenho grande respeito, mediu bem nossa discussão para que chegássemos até esta audiência de hoje.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Natalini) – Nosso tempo regimental acabou. Cumprimos nosso combinado, Dr. Gebrim, de fazermos essa conversa e vamos continuar proporcionando esse diálogo importante, porque às vezes combinamos encima e embaixo as coisas não caminham. Então é preciso tratar de cima e de baixo e sei como é. Fui gestor e Secretário de Saúde e sei da dificuldade. Apesar do esforço é difícil.

A Comissão de Saúde da Câmara tem cumprido o seu papel de discutir projetos e problemas. Temos trazido todo tipo de problema, colocado em aberto junto aos Secretários de Estado, Município, acabamos de fazer um pacto muito bom sobre o Hospital Sorocabana que vai reabrir, na Lapa, com uma parceria muito boa entre Estado e Município e nos sentimos participantes daquilo, porque até abaixo-assinado com quase sete mil assinaturas a Comissão de Saúde fez.

Quero cumprimentar minhas colegas, Vereadoras Patrícia e Noemi, que são batalhadoras da Comissão; o Presidente Calvo, que não pode vir. Agradeço o Dr. Jorge

Folha n° 111
do processo n° 01-253/2011

fls. 118

Vera Nise Rodrigues
RF: 101.123

Harada, velho conhecido da luta do SUS; Dra. Cecília; Dra. Maria Helena; Dr. Flávio; Dr. Gebrim, amigo antigo, o irmão dele foi meu colega de turma na Escola Paulista de Medicina, grande amigo; Dr. Jefferson; Dr. André, conselheiros, convidados e todos os presentes.

Não havendo mais nada a tratar por absoluta falta de tempo, dou por encerrada esta audiência da Comissão de Saúde.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Segue juntado - , nesta data documento rubricado

sob nº 112 e folha de informação nº

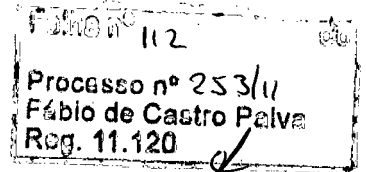
 em 16 / 10 / 13

Nome FÁBIO DE CASTRO PAIVA

RF RF 11.120 SGP-12
Secretário



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**



16 - PAR
16- 02215/2013

DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL,

TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI 253/2011.

O Projeto de Lei, de autoria do Nobre Vereador David Soares, dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde e Higiene do recém-nascido, cria o Auxílio Pós-Parto para o recém-nascido, e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela legalidade e constitucionalidade.

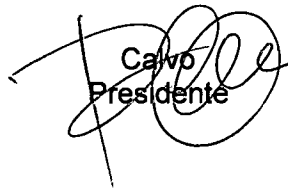
A Comissão de Administração Pública posicionou-se favoravelmente ao projeto.

O presente projeto dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde e Higiene do recém-nascido e cria o Auxílio Pós-Parto que pretende destinar auxílio econômico para mães de neonatos que se encontrem em situação de vulnerabilidade, como desemprego, baixa renda familiar, estado civil de solteira e menoridade legal. A propositura tem como objetivo fundamental a proteção do recém-nascido ao destinar recurso financeiro para a aquisição de itens básicos e necessários para o bem estar e saúde da criança. O benefício proposto seria de 70% do salário mínimo nacional pelo período de 180 (cento e oitenta) dias após o parto, devidamente comprovado. O Programa seria de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde com interface com o Conselho Tutelar, responsável pelo acompanhamento e fiscalização do cumprimento dos objetivos da lei. De acordo com o Art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

No âmbito desta Comissão, quanto ao mérito que devemos analisar, entendemos que a propositura é meritória e deve prosperar, visto que não há dúvidas de que os primeiros meses do bebê são decisivos para a sua saúde e que cabe também ao poder público fornecer subsídios para garantir seu desenvolvimento saudável.

Pelos motivos expostos, **favorável é o nosso parecer.**

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, 16/10/13


Calvo
Presidente

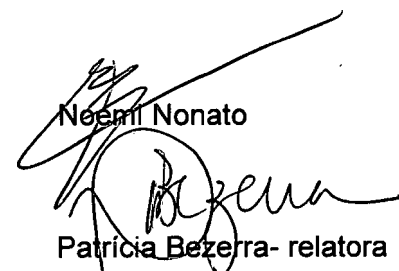
Ari Friedenbach

Juliana Cardoso

Edemilson Chaves

Neem Nonato


Gilberto Natalini


Patricia Bezerra- relatora

A Comissão de FIN
Em 18 / 10 / 13
Fábio de Castro Paiva
RF. 11.120

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 17 / 10 / 13
Pág. 275 Col. 9
Conferido 2
FÁBIO DE CASTRO PAIVA
RF 11.120
Secretário

Segue (m) juntado (s) nesta data papel
para informação/documento (s) rubrica
do (s) sob folha (s) n.º (S). 113
Em 21 / 10 / 13

CCW
Carmen Cristina Rodrigues
RF 11.197



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 113

do processo nº 01-253 de 2011, 21/10/2013


Carmen Cristina Malavazzi
Auxiliar Operacional
RF. 11.197 – SGP.12

RECEBIDO na
Comissão de Finanças e Orçamento
Em 21/10/2013 às 18:30


Carmen Cristina Malavazzi
Auxiliar Operacional
RF 11.197 – SGP.12

Ao Vereador / À Vereadora

Adilson Amadei

Para relatar.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento.

Em 24/10/2013

[Assinatura]
Presidente

Obs. O prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º do artigo 63 do RI.

Segue ___ juntado ___, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado ___ sob folha(s)
nº 114 e 115 Em 06/12/13

Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197 - SGP-12

[Assinatura]



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 114 de
Processo nº 01-253/11
Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197 - SGP-12

fls. 124

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 253/2011:

1º) Quais os custos estimados com a implementação da propositura?

2º) Quais as ações, em planejamento ou já implantadas, que vêm ao encontro do disposto na propositura?

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

Ver. Adilson Amadeu, em / /
Relator

Senhor Presidente:
Encaminho-lhe para as devidas providências.

Ver. Roberto Tripoli, em / /
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Autorizo o encaminhamento nos termos do artigo 68 do Regimento Interno.

Ver. José Américo, em / /
Presidente



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 115 de
Processo nº 01-253/11
Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197 - SGP-12

fls. 125

São Paulo, 29 de novembro de 2013.

36 - OF-SGP12
36- 00588/2013

Senhor Prefeito,

CÓPIA

Em atenção ao requerido pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento, e nos termos do art. 68 do Regimento Interno, solicito que nos envie subsídios ao Projeto de Lei nº 253/2011, de autoria do Vereador David Soares, que *DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO A SAÚDE E HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO, CRIA O AUXÍLIO PÓS-PARTO PARA O RECÉM-NASCIDO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS*, para que a Comissão possa emitir parecer a respeito.

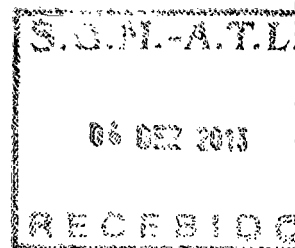
Valho-me da oportunidade para renovar a Vossa Excelência os meus protestos de elevado apreço e distinta consideração.

JOSÉ AMÉRICO
Presidente

Anexo: cópia do pedido da Comissão solicitante.

A Sua Excelência o Senhor
Doutor Fernando Haddad
Digníssimo Prefeito da Cidade de São Paulo.

Ana Luiza Vanes Torres Ferreira
RF: 586.023.1.01
SGM/ATL



CÓPIA

Segue 1 juntado 1, nesta data documento(s)
o papel de informação rubricado 1 sob folha(s)
nº 116 a 125 Em 02/04/14

Caio Cesar Rodrigues
RF. 11.267 - Técnico Administrativo



Prefeitura do Município de São Paulo fls. 127

São Paulo, 28 de maio, de 2014.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. J. L. nº 108/14-C

Ref.: OF-SGP.12 nº 00588/2013

Folha nº 116 do proc.
nº 01-253 de 20 11

Caio César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

Senhor Presidente

15 - DOCREC
15-00234/2014

Reportando-me ao ofício acima referenciado, relativo ao pedido de subsídios formulado pela Comissão de Finanças e Orçamento acerca do Projeto de Lei nº 253/11, de autoria do Vereador David Soares, que objetiva instituir o Programa de Proteção à Saúde e Higiene do Recém-Nascido e o Auxílio Pós-Parto para o Recém-Nascido, transmito a essa Presidência, por cópia, as manifestações exaradas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde acerca do assunto.

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

FRANCISCO MACENA DA SILVA
Secretário do Governo Municipal

Ao

Excelentíssimo Senhor

JOSÉ AMÉRICO DIAS

Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/GSM/sr
Resp/253-11

A Comissão de:
FINANÇAS
01/04/2014
Jader Augusto Pimenta
Supervisor SGP. 22
REF: 10.860

RECEBIDO
Comissão de Finanças e Orçamento
Em **2/4/14** às **16:30**
Odeia Cassa Rodrigues
Técnico Administrativo
CPF. 11.207



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
REDE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA

Caio C. Rodrigues
 Rfide SCF 12
 paulistana
 também é Rede Cegonha

Folha de Informação nº 00

São Paulo, 13 de maio de 2013.

Paulo Antonini

RF: 563 776 7 0

TID 10619181

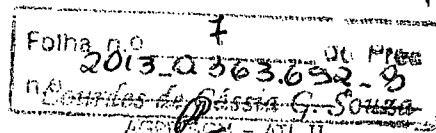
Do Memorando nº 258/2013 – ATL III

Interessado: SGM/ ATL - III

Assunto: Solicita análise e manifestação sobre o Projeto de Lei nº 253/2011, de autoria do Legislativo

À Assessoria Parlamentar - SMS.G

Prezado Dr. Marco Antônio Ernandez



CÓPIA

Em atendimento ao solicitado por V.Sa. quanto ao Projeto de Lei nº 253/2011 de autoria do Legislativo, que dispõe sobre a criação do Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido e cria o auxílio pós-parto, dentre outras providências, temos a considerar:

Depreende-se da análise do Projeto de Lei em questão, a criação de um auxílio financeiro destinado exclusivamente ao bem estar do bebê na aquisição de vestuário, fraldas, Kit higiene e limpeza pessoal como sabonete, shampoo, creme anti-assadura, colônia entre outros itens necessários a saúde adequada e boa higiene do recém-nascido.

Cumpre esclarecer que, o auxílio financeiro para aquisição do **Kit Higiene ao recém-nascido** não se trata de ampliação do Programa “Rede de Proteção à Mãe Paulistana”, não havendo relação direta na redução da mortalidade infantil, um dos objetivos do programa Mãe Paulistana, que está fundamentalmente focado na melhoria das condições de acesso e de vinculação da mãe e da criança aos serviços de saúde, atuando no fortalecimento, articulação e integração dos Programas de Saúde voltados à saúde da mulher e da criança.

LSG

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 4805 – Jd. Paulista – São Paulo – SP – CEP: 01401-002

Tel.: (11) 3059-1422/ 1424/ 1426 FAX – 3059-1423



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
REDE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA

Calo César Rodrigues
 Rm. 1001
 também é Rede Cegonha

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana é um programa que fortalece as práticas mais adequadas para o atendimento em geral nas Unidades Básicas de Saúde, tendo como objetivos o aprimoramento das práticas assistenciais e potencialização dos recursos existentes ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido e criança até um ano de vida e a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Portanto, não somos favoráveis no investimento para aquisição dos produtos referidos no artigo 2º do projeto de lei, mas sim no investimento da Secretaria Municipal de Saúde na **puericultura**, uma vez que é por meio dela que o pediatra tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor.

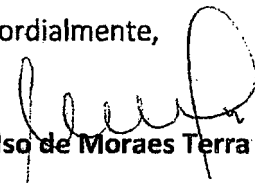
CÓPIA

Em tramitação contínua à área Técnica Saúde da Criança e do Adolescente da Coordenação de Atenção Básica.

Folha n.º 8 do Proc. n.º 2013.0.363.032-8
 Lourdes da Assis G. Souza
 AGPM/SGM - ATL II

Sendo o que cumpria para o momento, aproveito para renovar os votos de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,


 Celso de Moraes Terra

Coordenador da Rede de Proteção à Mãe Paulistana

28.08
 11/20

LSG

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 4805 – Jd. Paulista – São Paulo – SP – CEP: 01401-002
 Tel.: (11) 3059-1422/ 1424/ 1426 FAX – 3059-1423

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Caio César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

Do TID 10619181

Folha de informação nº 08 do
em 28/08/13

Senhor Assessor Chefe,

CÓPIA

Folha n.º 9 do Proc.
n.º 20130.363.692.8
Assessoria Jurídica - SCSA
ACM/SGM - ATLBI

Trata o presente de expediente encaminhado por SGM/ATL, rogando análise jurídica, bem como técnica desta Pasta, acerca do Projeto de Lei 253/11, de autoria do Legislativo, Vereador Davi Soares, que dispõe sobre a criação do Programa de Proteção a Saúde e higiene do recém-nascido, cria o Auxílio Pós Parto para o recém-nascido e dá outras providencias.

Na justificativa apresentada pelo vereador em comento, afirma-se que o referido programa vem apiar aquele já existente, ou seja, o Programa Mãe Paulistana, promovendo assim, o bem estar de todos.

À fls.06/07, houve o respectivo pronunciamento da área técnica competente, isto é, Rede de Proteção à Mãe Paulistana, afirmando que o auxílio financeiro elencado no PL em comento não se trata de ampliação ao programa já existente, eis que o Programa Mãe Paulistana está voltado na melhoria das condições de acesso aos serviços de saúde tanto da mãe como da criança, com ações praticas dentre elas, o pré-natal, parto, puerpério.

Por fim, afirma que "[...] não somos favoráveis no investimento para aquisição dos produtos referidos no artigo 2º do projeto de lei, mas sim no investimento da Secretaria Municipal de Saúde na puericultura, uma vez que é por meio dela que o pediatra tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas de crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor."

Inicialmente cumpre esclarecer que houve o extravio do expediente, e por isso a ocorrência do atraso na resposta solicitada. Assim importa informar que já foi solicitada a abertura de averiguação para detectar o ocorrido, além do que, outras medidas no âmbito interno da Assessoria Jurídica já foram tomadas, com o fito de evitar situações semelhantes.

Demais disto, esclareço que o expediente fora reconstituído possibilitando desse modo, a presente análise.

Desse modo, reportando-me ao inaugural, foram solicitados os esclarecimentos quanto:

- a) a viabilidade jurídica e operacional da concessão de auxílio financeiro para a finalidade pretendida;
- b) se os produtos referidos no artigo 2º já são fornecidos em razão de outros programas da espécie.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Processo nº 01-253 de 20 11

Do TID 10619181

CÓPIA

Folha de informação nº 001 do Calo César Rodrigues
em 28/08/13 RF 11.267 - SGP-12

Superada a análise técnica, juridicamente ressalto que, há óbices inasanáveis ao PL em pauta. Isto porque, o projeto, em síntese, impõe obrigações ao Executivo, contrariando o princípio da independência dos poderes previsto no art. 2º da Constituição Federal e no art. 5º da Constituição do Estado São Paulo. Como visto, o aludido PL cria obrigação para a Administração Municipal, extrapolando, portanto, a competência legislativa do autor do projeto já que interfere nas atribuições da Secretaria Municipal da Saúde, tornando-o nulo por vício de iniciativa.

Ademais, compete à União e aos Estados legislar sobre a defesa da saúde (art. 24, XII, da CF/88). Existe uma razão dogmática para o Município não ser arrolado nesse dispositivo: a princípio, não lhe compete legislar sobre o assunto.

Sua competência, no caso, é meramente suplementar: legislador a partir da legislação federal e estadual tendo em vista as especificidades locais.

Vê-se, portanto, que o Projeto interfere nas atribuições da Secretaria Municipal da Saúde ao impor-lhe a obrigação de fornecer um auxílio financeiro destinado à aquisição de insumos a criança. Entretanto, obtemper-se que o Programa Mãe Paulistana já existente no âmbito municipal, abrange muito mais do que o mero auxílio financeiro estipulado pelo PL em questão, eis que seu principal objetivo é a acessibilidade dos serviços de saúde para a mãe e a criança, potencializando os recursos já existentes destinados ao pré-natal, parto, puerpério, reduzindo a morbimortalidade materna e neonatal.

Com efeito, conforme se verifica do disposto no art. 69 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, compete privativamente ao Prefeito, além de outras atribuições previstas na referida Lei, (XVI) propor à Câmara Municipal projetos de lei sobre criação, alteração das Secretarias Municipais e Subprefeituras, inclusive sobre suas estruturas e atribuições.

Portanto, no caso em questão, o referido projeto de lei usurpa competência privativa do senhor Prefeito, razão pela qual deve ser vetado na íntegra.

Por fim, cumpre registrar que o PL ora analisado cria despesas para a Administração Municipal, sem sequer prever a fonte de custeio de tais despesas, interferindo, assim, mais uma vez na competência exclusiva do Executivo, prevista no art. 70, VI, da Lei Orgânica do Município.

Folha n.º 121 do proc.
n.º 01-253 de 20 13

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Calo César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

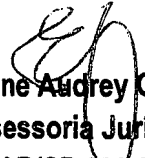
Do TID 10619181

CÓPIA

Folha de informação n.º 12 do
em 28/08/13

Diante do exposto, proponho o veto total ao PL em comento, rogando
encaminhamento do expediente a SGM.ATL - Chefia

São Paulo, 28 de agosto de 2013.


Emilene Audrey Gabriel
Assessoria Jurídica
OAB/SP 253.614
SMS.G

Folha n.º 11 do Proc.
n.º 2013.0.363.692-8
Contratada: G. G. S. S. S.
AGPP/SGM - ATL II

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

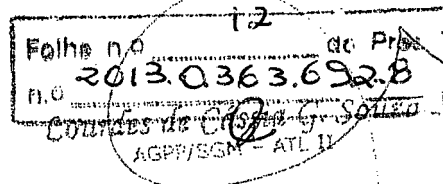
Caio César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

Do TID 10619181

Folha de informação nº 12 do
em 28/08/13

SMS.G

Senhor Assessor Parlamentar,

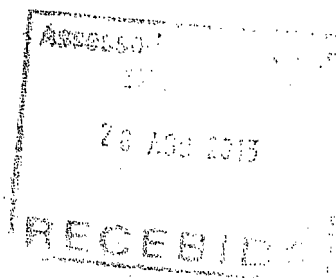


CÓPIA

Sendo estas as ponderações jurídicas acerca do tema, encaminhamos em devolução à solicitação de fls. inaugural, propondo o Veto Total do Projeto de Lei 253/11.

São Paulo, 28 de agosto de 2.013.

RICARDO MARCONDES MARTINS
Chefe de Assessoria Jurídica
OAB/SP 180.005
SMS.G





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

Folha nº 12 de 11
nº 01-253 de 20 11
Calo César Rodrigues
RF 11.267 - SGP-12

Folha de informação nº 12.

TID 10619181

Do Memo.258/2013-ATL III em 29.08.2013

a)
William Hélio de Souza
RF.729753

INTERESSADO: SGM / ATL - III

ASSUNTO: Solicita análise e manifestação sobre o Projeto de Lei nº 253/2011, de autoria do Legislativo, cópia anexa (Ver. David Soares)

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

CÓPIA

Folha n.º 13
2013.0.363.692-8
Lourdes de Souza G. Souza
AGPP/SGM - ATL II

Em atendimento a solicitação de V. Sa. a matéria em pauta foi encaminhada para pronunciamento das Áreas Técnicas competentes desta Pasta.

Diante das manifestações da Rede Proteção à Mãe Paulistana, às fls.06/07, e Assessoria Jurídica desta Pasta, juntadas às fls.08/09 e 10, em seu parecer vislumbra óbices insanáveis, e, em que pese à relevância do tema a presente proposta, evidencia certo exagero em suas ações impõe, obrigações ao Executivo, contrariando o princípio da independência dos poderes, sem sequer prever a fonte de custeio de tais despesas, acarretando desta forma, interferência nas atribuições da Secretaria Municipal da Saúde. Razão pela qual, nesta oportunidade recomendo **VETO TOTAL**, ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 29 de agosto de 2013.

JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR
Secretário Municipal da Saúde
SMS - G

MARCO A. ENANDER
Assessor Parlamentar
SMS-G

MAE/whs



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Calo César Rodrigues
RF 11.267 SGP-12
mãe paulistana

também é Rede Cegonha

CÓPIA

Folha de Informação nº 16

São Paulo, 05 de março de 2014.

Paulo n.
Paulo Antonini

RF: 563.776.7.02

Do Processo nº 2013.0.363.692-8

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Pedido de subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 253/11, de autoria do Legislativo, que dispõe sobre a criação do programa de Proteção à Saúde e Higiene do recém-nascido e cria o Auxílio Pós-Parto para o recém-nascido.

À Assessoria Parlamentar – SMS.G

Sr. Eurípedes Balsanufu,

Em atendimento ao solicitado por V.Sa. quanto ao pedido de fls.14 e respondendo o 2º quesito de fls.03, o programa "Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha" vem reiterar manifesto de fls. 06/07, opinando pelo veto total ao Projeto de Lei nº 253/2011, uma vez que vários itens constantes do Kit de higiene e limpeza pessoal não oferecem impacto direto na saúde do recém-nascido (fraldas, shampoo, cremes e colônias), bem como não há garantia da utilização para o fim definido.

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha já oferece um Kit Enxoval básico para o recém-nascido, composto por 01 bolsa; 01 cobertor; 01 toalha; 02 macacões curtos; 02 macacões longos; 02 bodies; 02 culotes; 01 casaco com capuz e 04 pares de meias.

Portanto, entendemos que o montante dos gastos na criação do "Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido, cria auxílio Pós-Parto para o recém-nascido", não interferirá de maneira considerável nas taxas de mortalidade neonatal e infantil no município de São Paulo.

Cordialmente,

Dr. Celso de Moraes Terra

Coordenador

Celso Terra
RF 554.131.0012
SMS - Mãe Paulistana

Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 4805 – Jd. Paulistano – São Paulo – SP – CEP : 01401-002

Tel.: (11) 3059 – 1422 / 1424 / 1426 FAX – 3059 - 1423

CÓPIA

Folha de informação nº 17.

Do Processo nº 2013 - 0.363.692-8 em 10.03.2014

a) 
William Hélio e Souza
Rf:729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Pedido de subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 253/2011, de autoria do Legislativo, que dispõe sobre a criação do Programa de Proteção à Saúde e Higiene do recém-nascido e cria o Auxílio Pós-Parto para o recém-nascido.

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

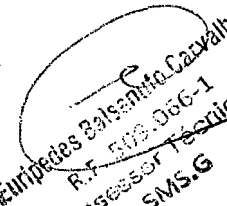
Em atendimento à solicitação de V.Sa., segue o presente com as informações prestadas pela **Rede de Proteção à Mãe Paulistana/Rede Cegonha**, juntadas às fls.16, assim como reitera ao **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 10 de março de 2014.


JOSÉ DE FILIPPI JUNIOR
Secretário Municipal da Saúde
SMS - G

EBC/whs

SI-900-250.101.581


Euripedes Balsanito Carvalho
Rf: 502.066-1
Assessor Técnico
SMS-G

Segue ✓ juntado ✓, nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado ✓ sob folha(s)
nº 126 Em 11/10/14
Aparecido Ferreira
RF, 101.075 - SGP-12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 126 de 139

Processo nº 01-253/11

Aparecido Ferrelra
RF. 181.075 - SGP-12

16 - PAR
16- 00890/2014

**PARECER Nº
ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 253/2011**

DA COMISSÃO DE FINANÇAS E

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador David Soares, visa instituir o Programa de Proteção a Saúde e Higiene do recém-nascido, que concede um auxílio financeiro, o Auxílio Pós-Parto Recém-Nascido, destinado exclusivamente ao bem estar do bebê, consistindo na aquisição de vestuário, fraldas e itens de higiene e limpeza pessoal como sabonete, shampoo, creme anti-assadura, colônia, e outros itens necessários à saúde adequada e boa higiene do recém-nascido.

A propositura também determina que o referido programa será destinado ao recém-nascido, e que o responsável pela criança deverá preencher os seguintes requisitos, além de ter residência fixa no município de São Paulo:

- I – mãe solteira desempregada;
- II – mãe casada desempregada cuja renda familiar seja menor que 2 (dois) salários mínimos;
- III – mãe menor solteira, com seus pais desempregados;
- IV – família cuja renda seja menor que 2 (dois) salários mínimos.

Ainda de acordo com o projeto, o valor do Auxílio Pós-Parto será de 70% do salário mínimo nacional. O benefício será pago à mãe do recém-nascido ou representante legal ou pessoa maior responsável pela tutela ou guarda do recém-nascido, durante 180 (cento e oitenta) dias, com início somente após o parto, mediante a comprovação por atestado médico, documentação do pré-natal e a Certidão de Nascimento.

Em caso de comprovação de desvio de finalidade do objetivo fundamental do Programa, com aquisição de produtos e itens diversos do especificado, a mãe ou o responsável perderá o direito ao recebimento do benefício. A Secretaria Municipal de Saúde caberá a gestão do programa, e ao Conselho Tutelar da região onde reside o recém-nascido, o acompanhamento e a fiscalização.

Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor, porquanto as despesas para sua execução correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 06/08/14

Ver. Milton Leite
Presidente

Ver. Adilson Amadeu
Relator

Ver. Abou Anni

Ver. Aurélio Nomura

Ver. David Soares

Ver. Jair Tatto

Ver. Laércio Benko

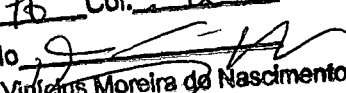
Ver. Paulo Fiorillo

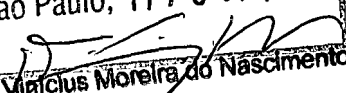
Ver. Ricardo Nunes

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 08/08/14

Pág. 76 Col. 2

Conferido 
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.281

A SGP-21
São Paulo, 11/08/14.

Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.281

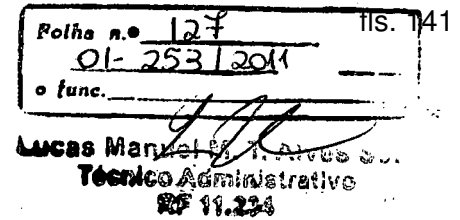
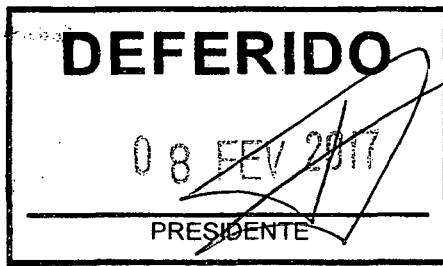
À SGP-33, PARA ARQUIVAMENTO nos
termos do artigo 275 do Regimento Interno.

18/01/2017
Marcia Pazotti
Auxiliar Técnico Administrativo
RF 51.630

107533
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL
Requisitado em 21/02/13
Arquivado novamente em 17/01/17
Com 126 fls.
O Func^o 190.
DANIELA PEREIRA DE SOUSA
Consultor Téc. Legisl. (Bíblia)
CRB 8/7174 - RF 11.428

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob
n.º 127 e folha de informação
sob n.º 128 13/02/2017


Lucas Manuel M. T. Alves Soto
Técnico Administrativo
RF 11.234



REQUERIMENTO

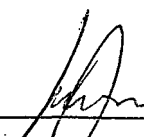
RDS

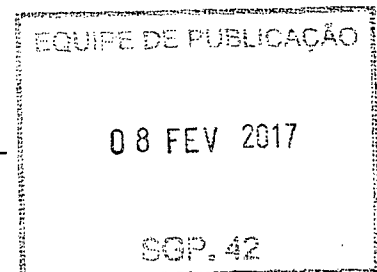
62/2017

Senhor Presidente,

REQUEIRO, nos termos do art. 275, § 2º, do Regimento Interno, o retorno à tramitação da(s) proposição(ões) do Nobre VEREADOR DAVID SOARES, elencada(s) a seguir: PL635/2009, PL33/2010, PL44/2011, PL53/2011, PL67/2011, PL101/2011, PL118/2011, PL165/2011, PL195/2011, PL196/2011, PL253/2011, PL277/2011, PL295/2011, PL446/2011, PL471/2011, PL495/2011, PL513/2011, PL539/2011, PL582/2011, PL611/2011, PL25/2012, PL28/2012, PL35/2012, PL77/2012, PL86/2012, PL91/2012, PL163/2012, PL239/2012, PL264/2012, PL268/2012, PL273/2012, PL285/2012, PL333/2012, PL338/2012, PL339/2012, PL393/2012, PL421/2012, PL438/2012, PL464/2012, PL486/2012, PL493/2012, PL519/2012, PL529/2012, PL542/2012, PR2/2012, PR11/2012, PL130/2013, PL132/2013, PL188/2013, PL210/2013, PL350/2013, PL408/2013, PL521/2013, PL522/2013, PL733/2013, PL782/2013, PL791/2013, PL792/2013, PL800/2013, PL834/2013, PL836/2013, PL868/2013, PL878/2013, PL37/2014, PL38/2014, PL241/2014, PL394/2014, PL403/2014, PL404/2014, PL405/2014, PL419/2014, PL463/2014, PL464/2014, PL465/2014, PL477/2014, PL478/2014, PL479/2014, PL493/2014, PL494/2014, PL515/2014, PL557/2014, PL405/2015, PL515/2015, PL550/2015, PL554/2015, PL600/2015, PL699/2015, PL701/2015, PL702/2015, PL707/2015, PDL101/2016, PL244/2016, PL245/2016, PL287/2016, PL419/2016, PL420/2016.

Sala das Sessões, 06 de fevereiro de 2017


Vereador David Soares
Líder do DEMOCRATAS





**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 128

do processo nº 01-253 de 20 11 13 02 2017 (a)

Lucas Manuel R. T. Alves Soto
Técnico Administrativo
RF 11.234

À SGP.33

Sr. Supervisor,

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

09/02/2017

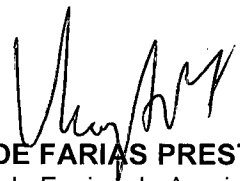

ANTONIO ISOLDI CALEARI
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

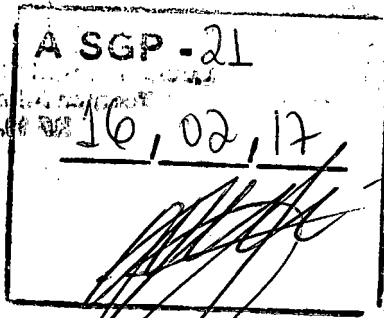
À SGP.-22

Sr. Supervisor,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-62/2017, segue o presente expediente para volta à tramitação.

13 / 02 / 2017


UBIRAJARA DE FARIAS PRESTES FILHO
Supervisor da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33



Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300



TERMO DE CONVERSÃO EM PROCESSO DIGITAL

Todos os andamentos e tramitações ulteriores deverão ser procedidos em suporte eletrônico, através do Sistema SPLegis.

Materia DSP 1716/2021 ref. PL 253/2011. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.camara.sp.gov.br/Home/AbriDocumento?pid=250470>



Materia DSP 3146/2021 ref. PL 253/2011. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.camara.sp.gov.br/Home/AbrirDocumento?plID=254710>

Materia DSP 3146/2021 ref. PL 253/2011. Sua validade pode ser conferida em <https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?plID=348433>.