

**CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE APOIO LEGISLATIVO - SGP2
SISTEMA DE APOIO AO PROCESSO LEGISLATIVO**

<u>PROJETO DE LEI</u>	01 - 0379 / 2011	DE	2011
------------------------------	------------------	----	------

<u>MATÉRIA LEGISLATIVA:</u>	PL	01 - 0379 / 2011	DE	10/08/2011
------------------------------------	----	------------------	----	------------

<u>PROMOVENTE:</u>	VEREADOR	NATALINI
---------------------------	----------	----------

<u>EMENTA:</u>	ESTABELECE A OBRIGATORIEDADE DE CONSULTA AOS CRITÉRIOS DE BEERS-FICK NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.
-----------------------	---

--

ARQUIVADO EM / /

CHEFE DE SEÇÃO



CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Folha nº 01 do anexo — atuado em 30/09/2015 00:00:00.
do proc. nº 01-379 de 20 11 fls. 1
ADELINA C. B. POCHIO
Assistente Parlamentar
RP 109.606

LIDO HOJE
AS COMISSÕES DE:

GABINETE DO
VEREADOR NATALINI

11 AGO 2011

Const., Just. e Leg. Particip.

Administração Pública,

Saúde, Prom. Social, Trabalho e Mulher,

Finanças e Orçamento.

PROJETO DE LEI Nº

01 - PL
01-00379/2011

Estabelece a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:

JOSÉ POLICE NETO

Art. 1º - Fica estabelecida a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de pacientes idosos nos equipamentos de saúde da rede pública municipal.

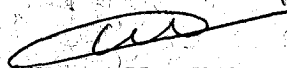
Parágrafo único - Deverá ser elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde um formulário próprio para relato de ocorrências de Reação Adversa a Medicamento (RAM), que constará do prontuário médico destes pacientes, quando da prescrição de drogas contidas nos critérios de Beers-Fick.

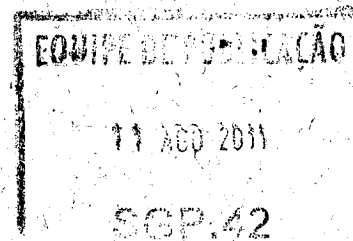
Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º - O Poder Executivo regulamentará esta Lei, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados de sua publicação.

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

Sala das sessões, 05 de agosto de 2011


Gilberto Natalini
Vereador



Viaduto Jacareí, 100- 4º andar - sala 415 - CEP 01319-900 - São Paulo - SP - Brasil - telefone: (11) 3396-4405

e-mail: natalini@camara.sp.gov.br / Site: www.natalini.com.br

Preocupados com a preservação do meio ambiente e com o aquecimento global, utilizamos PAPEL RECICLADO.

CEP - SEP. 22 - 10/08/2011 - 16:51 - 001390 - 1/1

Matéria PL 379/2011. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Segue(m) juntado(s), nesta data,
 documento(s) rubricado(s) sob n.
 a 2 e folha de informação
 sob n.^o 3. 12.8.1.1
 Ass: Adelina Cicone

Adelina Cicone
 Assistente Parlamentar
 Registro 100.406



CÂMARA MUNICIPAL DE

SÃO PAULO

GABINETE DO
VEREADOR NATALINI

Folha nº anexo do anexo 39/09/2015 00:00:00

do proc. nº 01-379 de 20 11 s. 3

ADELINA C. BATTOCHIO

Assistente Parlamentar

RF 100.406

JUSTIFICATIVA

Os médicos, em geral, têm consciência das necessidades especiais relativas à prescrição de fármacos em idosos, mas encontram grande dificuldade em realizar prescrições adequadas para esta população.

Os critérios Beers-Fick consistem de uma lista de fármacos inapropriados para uso em idosos e tem sido utilizada em contextos clínicos variados para avaliação da qualidade de prescrição, servindo como lista de referência de drogas a serem evitadas por este público, sem constituir um elenco de medicamentos proibidos.

O objetivo desta lei é garantir uma monitoração mais adequada ao tratamento dos idosos e evitar grande número de atendimentos de emergência causados por reação adversa ao medicamento.

Espero o apoio dos nobres pares para esta iniciativa que em muito contribuirá para melhorar a qualidade de vida dos nossos idosos.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 03

do processo nº 01-379 de 2011, 12/08/11 (a) 08

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.

12/08/2011
[Signature]

JADER AUGUSTO PIMENTA

Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO	
SETOR DE PESQUISA E APOIO À ANÁLISE PRÉVIA DAS PROPOSITURAS	
EM: <u>12/08/11</u>	AS: <u>19:00</u>
POR: _____	ASS: <u>[Signature]</u>
SAÍDA: _____	

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Seguem juntado(s) o(s) documento(s) de
No. 04A 56 S.P. 22109111

Sônia M S Ferreira
Assistente Parlamentar

**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO****PROCURADORIA****SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA**

Folha nº	04	de
Processo nº	339111	
Sonia Maria S. Ferreira		
Reg. 100.996		

PL Nº 0379/11

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

- Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e da outras providências;
- Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e da outras providências;
- Lei Estadual nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007, que consolida a legislação relativa ao idoso;
- Lei Municipal nº 12.604, de 4 de maio de 1998, que dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder público prestar atendimento à pessoa da 3ª Idade no Município de São Paulo. Esta lei foi objeto da ADIN nº 075.172-0-Através do Acórdão publicado em 10/04/2003, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça, por unanimidade julgou procedente a ação movida pelo Prefeito, com o objetivo de declarar a inconstitucionalidade desta lei. Tal decisão ainda não transitou em julgado. DOC 10/11/2009 p.332 c.1;
- Lei Municipal nº 13.713, de 07 de janeiro de 2004, que dispõe sobre a criação do Programa Especial de Fornecimento de Medicamentos para Pessoas da Terceira Idade e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 13.834, de 27 de maio de 2004, que dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, e da outras providências;
- Lei Municipal nº 14.413, de 31 de maio de 2007, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências;
- Lei Municipal nº 14.725, de 15 de maio de 2008, que institui no âmbito do Município de São Paulo o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, e dá outras providências;
- GORZONI, Milton Luiz; FABBRI, Renato Moraes Alves; PIRES, Sueli Luciano, *Crêterios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil*, Rev.Assoc.Med. Bras. Vol.54 nº 4 São Paulo July/Aug 2008.

Cópias dos textos acima indicados acompanham a presente informação.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 05 do fls. 8
Processo nº 379/11
Sonia Maria S. Ferreira
Reg. 100.000

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

São Paulo, 16 de setembro de 2011.

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

L8842

fls. 9



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Folha nº 379/11
 Presidência nº 379/11
 Maria G. Ferreira
 10.10.2011

LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994.

Regulamento
Mensagem de veto

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

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

CAPÍTULO I
Da Finalidade

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO II
Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I
Dos Princípios

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

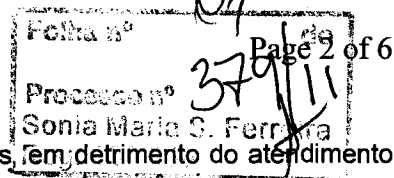
SEÇÃO II
Das Diretrizes

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

L8842



III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, ~~em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência,~~

IV - descentralização político-administrativa;

V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III Da Organização e Gestão

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 6º Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

~~Art. 7º Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.~~

Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas. (Redação dada pelo Lei nº 10.741, de 2003)

Art. 8º À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III - promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

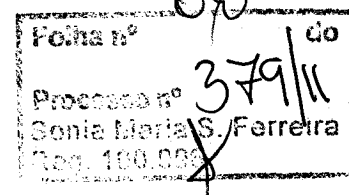
IV - (Vetado);

V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de

L8842

Page 3 of 6



programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Art. 9º (Vetado.)

Parágrafo único. (Vetado.)

CAPÍTULO IV Das Ações Governamentais

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais.

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;

c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;

d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;

e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso;

II - na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

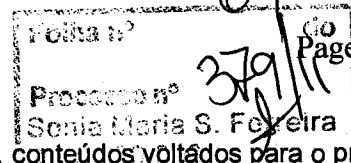
g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III - na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;

L8842



fls. 12

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

IV - na área de trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V - na área de habitação e urbanismo:

a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;

b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

VII - na área de cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V Do Conselho Nacional

Art. 11. (Vetado.)

Art. 12. (Vetado.)

Art. 13. (Vetado.)

Art. 14. (Vetado.)

Art. 15. (Vetado.)

Art. 16. (Vetado.)

Art. 17. (Vetado.)

Art. 18. (Vetado.)

CAPÍTULO VI Das Disposições Gerais

Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

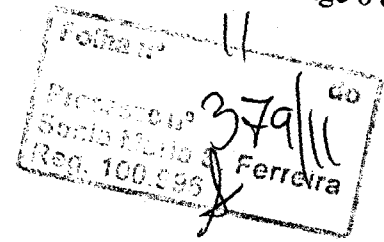
Brasília, 4 de janeiro de 1994, 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO
Leonor Barreto Franco

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 5.1.1994

L8842

Page 6 of 6

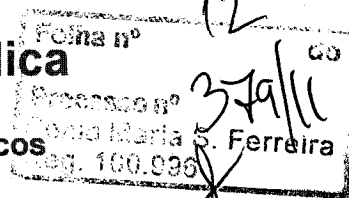


L10741

Page 1 of 23



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos



LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

Mensagem de veto

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Vigência

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

TÍTULO I
Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

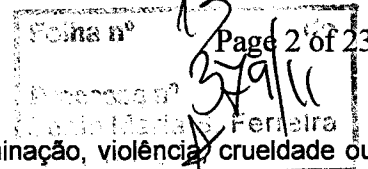
VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

L10741

fls. 17



Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

TÍTULO II Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I Do Direito à Vida

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

CAPÍTULO II

Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

L10741

Page 3 of 23

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CAPÍTULO III Dos Alimentos

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

~~Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.~~

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça ou Defensor Público, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil. (Redação dada pela Lei nº 11.737, de 2008)

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

CAPÍTULO IV Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

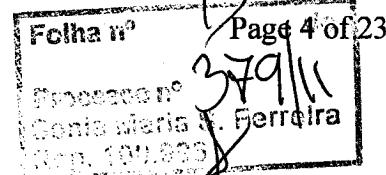
§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado,

L10741

fls. 19



nos termos da lei.

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: (Vide)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

CAPÍTULO V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade

L10741

Page 5 of 23

culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

CAPÍTULO VI Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

CAPÍTULO VII Da Previdência Social

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, **pro rata**, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

L10741

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no **caput** observará o disposto no **caput** e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

CAPÍTULO VIII Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do **caput** não será computado para os fins do cálculo da renda familiar **per capita** a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o **caput** deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais. (Vigência)

CAPÍTULO IX Da Habitação

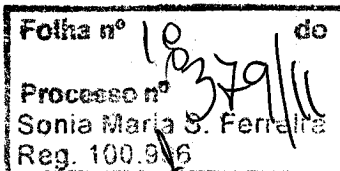
Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as

L10741



necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

~~I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;~~

I - reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos; (Redação dada pela Lei nº 12.418, de 2011)

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo. (Incluído pela Lei nº 12.419, de 2011)

CAPÍTULO X Do Transporte

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no **caput** deste artigo.

Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: (Regulamento)

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

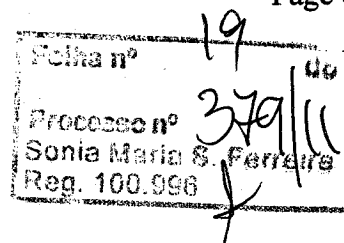
Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

L10741

Page 8 of 23

TÍTULO III
Das Medidas de Proteção

CAPÍTULO I
Das Disposições Gerais



Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

CAPÍTULO II
Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas ilícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;
- V – abrigo em entidade;
- VI – abrigo temporário.

TÍTULO IV
Da Política de Atendimento ao Idoso

CAPÍTULO I
Disposições Gerais

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

- I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;
- II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;
- III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração,

abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

CAPÍTULO II

Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III – estar regularmente constituída;

IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

I – preservação dos vínculos familiares;

II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;

III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

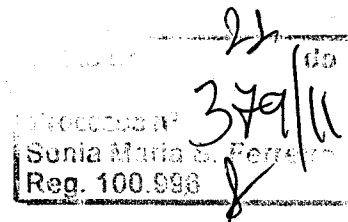
VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;



- III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;
 - IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;
 - V – oferecer atendimento personalizado;
 - VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;
 - VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;
 - VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;
 - IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;
 - X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;
 - XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;
 - XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;
 - XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;
 - XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;
 - XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;
 - XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;
 - XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.
- Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

CAPÍTULO III

Da Fiscalização das Entidades de Atendimento

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º. Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas." (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem

L10741

fls. 26

prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, as seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

CAPÍTULO IV Das Infrações Administrativas

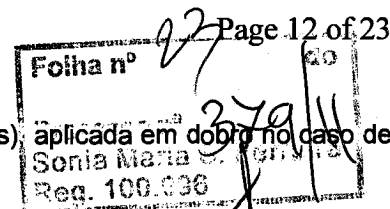
Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

L10741



Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

CAPÍTULO V Da Apuração Administrativa de Infração às Normas de Proteção ao Idoso

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, a verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

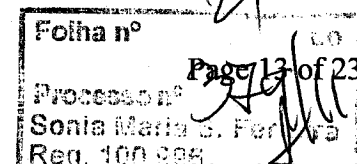
CAPÍTULO VI Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento

Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977, e 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.



L10741

Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

TÍTULO V Do Acesso à Justiça

CAPÍTULO I Disposições Gerais

Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

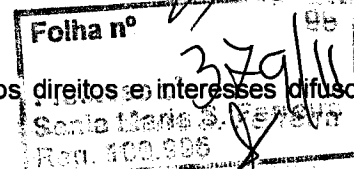
CAPÍTULO II Do Ministério Público

Art. 72. (VETADO)

Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

Art. 74. Compete ao Ministério Público:

L10741



Page 14 of 23

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

Folha nº 379
Processo nº 100.680
Sonia Maria G. Ferraz
Pag. 100.680

Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

L10741

Folha nº	27	Page	16 of 23
Processo nº	379/11		
Sonia Maria	Ferreira		
Reg. 100.000	X		

Processo Civil.

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.

Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

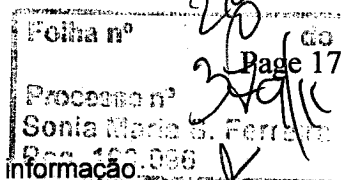
§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar

L10741

fls. 32



razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

TÍTULO VI Dos Crimes

CAPÍTULO I Disposições Gerais

Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985.

Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal. (Vide ADI 3.096-5 - STF)

CAPÍTULO II Dos Crimes em Espécie

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os arts. 181 e 182 do Código Penal.

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

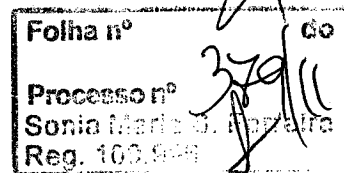
Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.



Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

TÍTULO VII Disposições Finais e Transitórias

Art. 109. Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 61.

.....

II -

.....

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;

....." (NR)

"Art. 121.

.....

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 133.

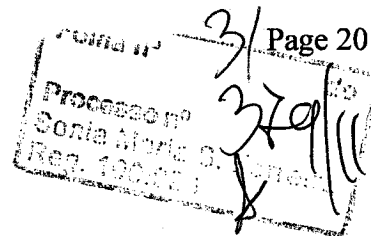
.....

§ 3º

.....

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

L10741



"Art. 140.

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

..... (NR)

"Art. 141.

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

....." (NR)

"Art. 148.

§ 1º.....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 159.....

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

....." (NR)

"Art. 183.....

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

....." (NR)

Art. 111. O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Art. 21.....

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º

§ 4º

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

....." (NR)

Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:

....." (NR)

Art. 114. O art 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei." (NR)

Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

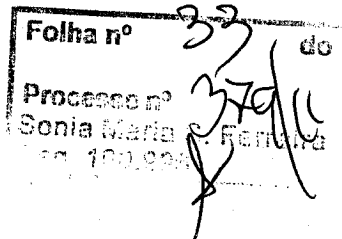
L10741

Page 22 of 23

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no **caput** do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

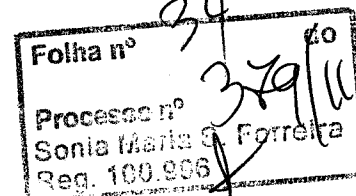
LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos
Antonio Palocci Filho
Rubem Fonseca Filho
Humberto Sérgio Costa Lima
Guido Mantega
Ricardo José Ribeiro Berzoini
Benedita Souza da Silva Sampaio
Álvaro Augusto Ribeiro Costa



Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 3.10.2003



ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria Geral Parlamentar
Departamento de Documentação e Informação



Lei Nº 9.892, de 10 de dezembro de 1997

(Projeto de lei nº 374/97, do deputado Ricardo Trípoli - PSDB)

Institui a Política Estadual do Idoso - PEI

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Artigo 1º - Fica instituída a Política Estadual do Idoso (PEI), que tem por objetivo garantir ao cidadão com mais de sessenta anos as condições necessárias para continuar no pleno exercício da cidadania.

CAPÍTULO II

Dos Princípios

Artigo 2º - Ao cidadão idoso serão assegurados todos os direitos à cidadania, a saber:

- I - direito à vida;
- II - direito à dignidade;
- III - direito ao bem estar;
- IV - direito à participação na sociedade.

Artigo 3º - A família, a sociedade e o Estado observarão a aplicação e o cumprimento da presente lei.

Artigo 4º - A Política Estadual do Idoso é universal e reger - se -á pelo princípio da igualdade.

Artigo 5º - O processo do envelhecimento deve ser objeto de conhecimento, de estudo e de informação da sociedade em geral.

CAPÍTULO III

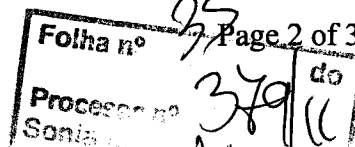
Dos Objetivos e Metas

Artigo 6º - A Política Estadual do Idoso terá os seguintes objetivos e metas:

- I - resgatar a identidade, o espaço e a ação do idoso na sociedade;
- II - integrar o idoso à sociedade em geral, através de formas alternativas de participação, ocupação e convívio;
- III - estimular a organização dos idosos para participarem efetivamente da elaboração de sua política em nível nacional, estadual e municipal;
- IV - estimular a permanência dos idosos junto à família, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam família para garantir sua própria sobrevivência;
- V - estimular a criação de Políticas Municipais por meio dos Conselhos Municipais de Idosos;
- VI - capacitar os recursos humanos em todas as áreas ligadas ao idoso;
- VII - divulgar informações acerca do processo de envelhecimento como fenômeno natural da vida;
- VIII - estabelecer formas de diálogo eficiente entre o idoso, a sociedade e os poderes públicos;
- IX - priorizar o atendimento ao idoso desabrigado e sem família;
- X - apoiar e desenvolver estudos e pesquisas sobre questões relativas ao envelhecimento;
- XI - atender com dignidade o idoso de acordo com suas necessidades.

CAPÍTULO IV

Lei Nº 9



Da Organização e da Funcionalidade

Artigo 7º - O Conselho Estadual do Idoso é órgão responsável pela supervisão e avaliação da Política Estadual do Idoso.

Artigo 8º - A implantação da Política Estadual do Idoso dar - se -á por meio de ações integradas e de parcerias entre poder público e sociedade civil.

CAPÍTULO V

Das Ações Concretas

Artigo 9º - Ao Conselho Estadual do Idoso caberá o acompanhamento das ações previstas neste Capítulo.

Artigo 10 - Compete ao Conselho Estadual do Idoso e aos Conselhos Municipais a supervisão e avaliação da Política Estadual do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político - administrativas.

Artigo 11 - Na implementação da Política Estadual do Idoso é competência dos órgãos e entidades públicas estimular ou executar os seguintes programas:

I - na área da Promoção e Assistência Social:

- a) promover o entendimento entre Organizações Governamentais, não Governamentais e a família do idoso para garantir atendimento às necessidades básicas;
- b) estimular a criação de formas alternativas de atendimento domiciliar, de acordo com as condições e exigências do idoso compatíveis com a realidade;
- c) garantir, conforme estabelecido em lei, os mínimos direitos sociais ao idoso;
- d) na modalidade asilar e não asilar, fazer com que o Estado e o Município assegurem ao cidadão idoso sem condições a sua subsistência, por meio de órgãos públicos e privados, contratados ou conveniados, prestadores de serviço à população;
- e) facilitar o processo de orientação e encaminhamento para obter aposentadoria e benefício de prestação continuada junto aos órgãos competentes;
- f) facilitar a organização do segmento com vistas a integrá-lo socialmente;
- g) estudar formas de parceria para ajudar na manutenção das entidades que atendem em regime de internato, meio aberto ou outras alternativas, por meio de contrato e convênios.

II - na área da Saúde:

- a) garantir a assistência integral ao idoso em nível estadual e municipal nas formas compatíveis;
- b) incentivar a formação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares para garantir um atendimento aprimorado;
- c) assegurar a internação hospitalar a todos os cidadãos idosos doentes;
- d) assegurar o fornecimento gratuito de medicamentos e de tudo o que for necessário à recuperação da saúde;
- e) criar, aplicar e fiscalizar as normas que regem os serviços prestados aos idosos pelas instituições geriátricas;
- f) incentivar o atendimento preferencial aos idosos, com hora marcada e em domicílio, nos diversos níveis do Sistema de Saúde;
- g) apoiar os programas destinados a prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso;
- h) estimular o treinamento dos profissionais da saúde ligados ao serviço de idosos;
- i) garantir os serviços médicos e hospitalares aos idosos asilados, crônicos ou terminais.

III - na área da Educação:

- a) promover seminários, simpósios, encontros, palestras, cursos e fóruns permanentes de debates, procurando educar a sociedade em relação ao processo de envelhecimento;
- b) estabelecer programas de estudo e pesquisa sobre a situação do idoso em parceria com os Poderes Públicos e a sociedade;
- c) desenvolver programas que preparem as famílias e a sociedade a assumirem seus idosos;
- d) incentivar a abertura das universidades aos cidadãos idosos e a criação de cursos de alfabetização para adultos;
- e) apoiar programas que eduquem a sociedade em geral a não discriminar o idoso;
- f) estimular a transmissão de mensagens educativas sobre os idosos em lugares públicos.

IV - na área do Trabalho e Previdência Social:

Lei Nº 9

36
Page 3 of 3
379/11
Processo nº
Sonia Maria
Serviços de laborterapia e
10.993

- a) estimular nos Centros de Convivência a prestação de serviços de terapia ocupacional;
- b) estimular a realização de cursos para a habilitação de profissionais, atendentes e cuidadores de idosos;
- c) oferecer nos Centros de Atendimento Comunitário, capacitação e reciclagem profissional com vistas à inserção do idoso no mercado de trabalho, evitando qualquer tipo de discriminação;
- d) estimular programas de preparação para a aposentadoria, tendo em vista o afastamento gradativo do trabalhador e o encaminhamento do processo de obtenção de benefícios;

- e) participar da luta dos aposentados organizados;
- f) apoiar programas que estimulem o trabalho voluntário do idoso nos serviços comunitários;

- g) desenvolver programas que orientem ações em forma de mutirão a favor dos idosos;
- h) promover estudos visando melhorar a situação previdenciária.

V - na área da Habitação e Urbanismo:

- a) implantar programa habitacional que vise solucionar a carência habitacional de idosos de baixa renda, respeitando a individualidade e a liberdade do indivíduo;
- b) fazer com que em todos os lugares seja facilitada a locomoção do idoso, diminuindo as barreiras arquitetônicas e urbanas;
- c) formular programas que melhorem as condições do transporte e da segurança dos coletivos urbanos e intermunicipais, introduzindo as necessárias adaptações;
- d) promover a construção de Centros de Convivência e Centros - Dia com a parceria das Organizações não Governamentais.

VI - na área da Justiça:

- a) divulgar a legislação acerca do atendimento à pessoa idosa;
- b) zelar pela aplicação das leis e da Política do Idoso;
- c) implantar uma Curadoria de Defesa do Idoso em todas as Comarcas;
- d) promover estudos para alterar e atualizar a legislação que tolhe os direitos dos idosos;
- e) receber denúncias e agilizar providências para seu encaminhamento legal.

VII - na área da Cultura, Esporte, Turismo e Lazer:

- a) apoiar iniciativas que ofereçam ao idoso oportunidade de produzir e fruir dos bens culturais;
- b) estabelecer mecanismos que facilitem o acesso aos locais e aos eventos culturais;
- c) estimular a organização de atividades com a participação da sociedade e de idosos interessados, tais como: música, artes e atividades afins;
- d) estimular a organização de eventos em espaços e locais onde os idosos possam colocar suas experiências à consideração e apreciação do público, da comunidade e das gerações mais novas;
- e) promover programas de lazer, de turismo e de práticas esportivas que proporcionem uma melhor qualidade de vida;
- f) desenvolver ações que estimulem Organizações Governamentais e Organizações não Governamentais a destinarem áreas de lazer para os idosos, tanto na Capital como no interior;
- g) viabilizar viagens e excursões de baixo custo, credenciando idosos para que possam realizar turismo com maior facilidade;
- h) viabilizar a questão do transporte gratuito toda vez que for necessário.

Artigo 12 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, aos 10 de dezembro de 1997.

MÁRIO COVAS

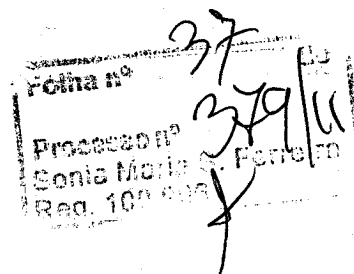
Walter Feldman

Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita

Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico - Legislativa, aos 10 de dezembro de 1997.



LEI N. 12.604 - DE 4 DE MAIO DE 1998

Dispõe sobre a obrigatoriedade do Poder Público Municipal prestar atendimento à pessoa da 3ª Idade no Município de São Paulo.

(Projeto de Lei n. 1.159/95, da Vereadora Aldaíza Sposati)

Nelo Rodolfo, 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 O Poder Público Municipal da Cidade de São Paulo deve manter serviços e programas de atenção à terceira idade de forma a garantir a concretização dos direitos sociais e individuais das pessoas idosas de acordo com a Constituição Federal, a Lei Federal n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei Federal n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e a Lei Orgânica do Município.

Parágrafo único. A ação municipal deve ter caráter intersetorial entre os órgãos municipais de forma a garantir a unidade de política de trabalho na execução dos serviços e programas dispostos no artigo 2º da presente lei, a fim de garantir a efetivação da política de atenção aos idosos.

Art. 2º A política de atendimento à terceira idade compreende a implantação e a manutenção, pelo Poder Público Municipal, nos distritos da cidade, dos seguintes serviços e programas:

I - locais de pronto atendimento à terceira idade que disponham de recursos em espécie, tais como medicamentos, alimentação, próteses, órteses, cadeira de rodas, entre outros complementos de atenção necessários aos idosos principalmente os de baixo ou sem rendimento;

II - oferta de vagas em abrigos e albergues, providos de recursos humanos qualificados, prédios adequados à higiene pessoal, alimentação, vestuário, lazer e terapia ocupacional e materiais necessários para acolher idosos sem família ou com família em situação de pobreza que não possam manter convívio;

III - oferta de vagas para reabilitação em serviços próprios ou conveniados que atendam pessoas idosas em situação de pobreza ou abandono, portadoras de doenças infecto-contagiosas, portadores do HIV, portadoras de doença mental ou demência senil e de deficiência física;

IV - prestação de serviço domiciliar ao idoso para sua atenção e orientação à família dando apoio médico, psicológico, social, de enfermagem e de cuidados higiênicos;

V - centros de convivência providos com recursos humanos e materiais necessários à promoção da convivência, socialização, organização grupal, alimentação, atividades ocupacionais, educacionais, culturais e de lazer;

VI - oficinas, cooperativas de trabalho e comunidades produtivas providas de recursos humanos materiais e equipamento para resgate da cidadania através da transmissão de conhecimentos, bem como, de complementação de renda através de ocupação remunerada com reduzida jornada de trabalho;

VII - serviços de referência que mantenham cadastro por distrito de cidade atualizado das alternativas de atendimento disponíveis para orientação e encaminhamentos de pessoas da terceira idade;

VIII - manutenção de programas intersecretariais que integram o trabalho com idosos e com crianças e adolescentes, na perspectiva de políticas intergeracionais.

Art. 3º Os serviços e programas para a terceira idade serão realizados diretamente por órgãos municipais e/ou por contratos de prestação de serviços com associações civis sem fins lucrativos, devendo o órgão municipal neste último caso, através de recursos financeiros ou em espécie às associações conveniadas, assegurar as finalidades da presente lei.

Folha nº 30
 Processo nº 379/11
 Sonia Maria S. Ferreira
 Reg. 100.996

Parágrafo único. Tais convênios terão como características a complementariedade, à prestação de serviços governamentais, a continuidade do dever estatal de garantir os direitos às pessoas de terceira idade e a manutenção do caráter público do atendimento.

Art. 4º O atendimento à pessoa da 3ª idade observará os seguintes princípios:

- I - o respeito e a garantia à dignidade de todo o ser humano;
- II - o mínimo de privacidade como condição inerente à sobrevivência, existência e cidadania;
- III - será vedada a prática de ato violento ou vexatório contra o idoso, sob pena de demissão por justa causa, sem prejuízo da responsabilidade criminal;
- IV - a garantia do acesso a todos os tipos de assistência, em especial a médica, com direito de preferência no atendimento;
- V - o direito de manter sua dignidade de modo a ter condições mínimas de sobrevivência e o direito de conservar a convivência comunitária;
- VI - o direito ao exercício da cidadania, por meio de organizações representativas e na proposição das ações que lhe dizem respeito;
- VII - a garantia da capacitação do treinamento e da reciclagem dos recursos humanos necessários para operar a política de atendimento ao idoso carente ou abandonado;
- VIII - zelar pela efetivação do benefício da ação continuada previsto no artigo 2º, V, da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Federal n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

Art. 5º O Poder Público Municipal, através do Grande Conselho Municipal do Idoso, órgão responsável pela coordenação da política de atendimento da terceira idade, manterá um fórum de gestão participativa sobre os programas e serviços de que trata esta lei.

Parágrafo único. Comporão este fórum, além das secretarias municipais envolvidas, representantes do legislativo municipal, do Ministério Público, das associações que trabalham com idosos e dos próprios idosos.

Art. 6º O Orçamento Municipal manterá dotação orçamentária própria e compatível com a política de atendimento à terceira idade referida nesta lei.

Art. 7º O Poder Público Municipal regulamentará esta lei no prazo de 90 dias, definindo a competência dos órgãos municipais, bem como, respeitando a aplicação dos princípios dispostos no artigo 3º e os padrões de qualidade evidenciados no artigo 4º desta lei.

Câmara Municipal de São Paulo

Base de dados : legis

Pesquisa : 246 AND 2003

Total de referências : 1



1/1

Título: LEI Nº 13.713 07/01/2004 ([ver documento](#))

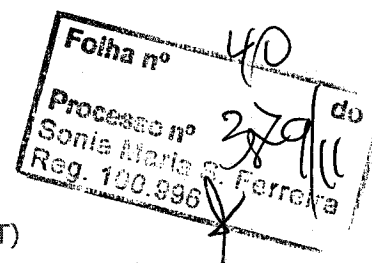
Sem revogação expressa

Ementa: Dispoe sobre a criação do Programa Especial de Fornecimento de Medicamentos para Pessoas da Terceira Idade, e da outras providencias.

Projeto: Projeto de Lei Nº 246/2003 ([ver documento](#))

Autor(es): Jose Ferreira - Zelao

[\[Back \]](#)



LEI Nº 13.713, DE 7 DE JANEIRO DE 2004
(Projeto de Lei nº 246/03, do Vereador José Ferreira - Zelão - PT)

Dispõe sobre a criação do Programa Especial de Fornecimento de Medicamentos para Pessoas da Terceira Idade 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 27 de novembro de 2003, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º - Fica criado no Município de São Paulo o Programa Especial de Fornecimento de Medicamentos para Pessoas da Terceira Idade, o qual fornecerá medicamentos de uso contínuo gratuitamente a todas as pessoas com 60 (sessenta) anos ou mais de idade e cuja renda familiar seja de até meio salário mínimo por pessoa.

Art. 2º - (VETADO)

I - (VETADO)

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - (VETADO)

Parágrafo único - (VETADO)

Art. 3º - (VETADO)

Art. 4º - Os medicamentos somente serão fornecidos aos beneficiários mediante apresentação de receita prescrita por médico ou dentista credenciado no Sistema SUS e do cartão de beneficiário deste Programa.

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

Art. 6º - As despesas decorrentes com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, sem revogar outros benefícios garantidos aos munícipes.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 7 de janeiro de 2004, 450º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

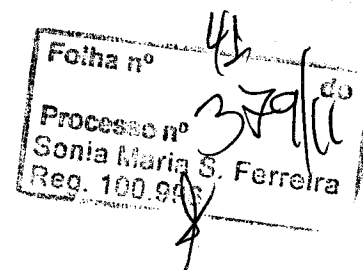
LUIZ TARCISIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LUÍS CARLOS FERNANDES AFONSO, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 7 de janeiro de 2004.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal



LEI Nº 13.834, DE 27 DE MAIO DE 2004
(Projeto de Lei nº 181/02, do Vereador Dr. Farhat - PTB)

Institui a Política Municipal do Idoso, 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 29 de abril de 2004, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I

OBJETIVO

Art. 1º A Política Municipal do Idoso tem por objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa com mais de 60 (sessenta) anos de idade.

Art. 3º A participação de entidade beneficente e de assistência social na execução de programa ou projeto destinados ao idoso dar-se-á com a observância do disposto nesta lei, bem como nas demais legislações pertinentes.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

Art. 4º São princípios da Política Municipal do Idoso:

- I - cooperação da sociedade, da família e do Município na promoção da autonomia, integração e participação do idoso na sociedade;
- II - direito à vida, à cidadania, à dignidade e ao bem-estar social;
- III - proteção contra discriminação de qualquer natureza;
- IV - prevenção e educação para um envelhecimento saudável;
- V - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o idoso atendido pelas políticas sociais;
- VI - igualdade no acesso ao atendimento.

Art. 5º São diretrizes da Política Municipal do Idoso:

- I - descentralização político-administrativa dos programas, projetos, serviços e benefícios de atenção ao idoso;
- II - participação da sociedade por meio de suas organizações representativas;
- III - planejamento de ações a curto, médio e longo prazos, com metas exequíveis, objetivos claros, aferição de resultados e garantia de continuidade.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E DA GESTÃO

Art. 6º Compete ao órgão municipal responsável pela assistência social coordenar a Política Municipal do Idoso e, especialmente:

- I - executar e avaliar a Política Municipal do Idoso;
- II - promover as articulações entre órgãos municipais, e entre estes e entidades beneficentes e de assistência social, necessárias à implementação da Política Municipal do Idoso;
- III - elaborar proposta orçamentária no âmbito da promoção e da assistência sociais e submetê-la ao Conselho Municipal do Idoso.

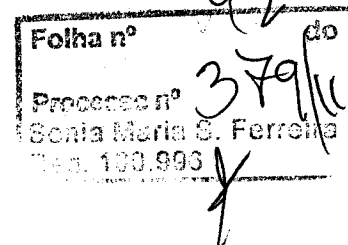
Parágrafo único. As secretarias e demais órgãos municipais de direção superior que promovam ações voltadas para o idoso devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de sua competência, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Municipal do Idoso, bem como com as diretrizes estatuídas pelo órgão referido no "caput".

CAPÍTULO IV

DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS GERAIS

Art. 7º (VETADO)

CAPÍTULO V



DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS ESPECÍFICAS

SEÇÃO I

FÓRUMS REGIONAIS

Art. 8º (VETADO)

Art. 9º (VETADO)

SEÇÃO II

SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Art. 10. (VETADO)

Art. 11. (VETADO)

SEÇÃO III

PROGRAMAS DE INCENTIVO À ATIVIDADE PRODUTIVA E DE GERAÇÃO DE RENDA

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. (VETADO)

SEÇÃO IV

SISTEMA DE ABRIGO

Art. 14. (VETADO)

Art. 15. (VETADO)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. (VETADO)

Art. 17. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 18. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 27 de maio de 2004, 451º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

LUIZ TARCÍSIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LUÍS CARLOS FERNANDES AFONSO, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 27 de maio de 2004.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal.

LEI 13.834 DE 27 DE MAIO DE 2004

(PROJETO DE LEI 181/02)

(VEREADOR DR. FARHAT - PTB)

Institui a Política Municipal do Idoso, e dá outras providências.

Roberto Tripoli, 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:

.....

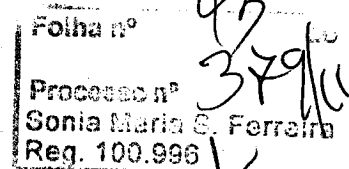
CAPÍTULO IV

DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS GERAIS

Art. 7º Na implementação da Política Municipal do Idoso os órgãos e entidades municipais envidarão esforços para:

I - na área da Promoção e de Assistência Sociais:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, com a participação da família, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais;



- b) estimular a criação de alternativas para atendimento ao idoso, como centros de convívio e de saúde especializados, formados por equipes multidisciplinares;
- c) destinar ao idoso unidades em regime de comodato, na modalidade de casas-lares;
- d) incentivar locais alternativos de moradia, como repúblicas;
- e) promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;
- f) promover simpósios, seminários e encontros específicos sobre o tema;
- g) planejar, coordenar e supervisionar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- h) desenvolver mecanismos que impeçam a discriminação do idoso no mercado de trabalho do setor privado;
- i) estimular programas de preparação para aposentadoria no setor público e privado;
- j) oferecer benefícios eventuais ou continuados que cubram vulnerabilidade;

II - na área de Saúde:

- a) garantir a universalidade do acesso do idoso aos serviços de saúde do Município, buscando atendimento integral que contemple ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando à manutenção da sua autonomia;
- b) organizar a assistência ao idoso na rede municipal de saúde, nos níveis básico, secundário e terciário, buscando a manutenção do idoso em seu lar, evitando-se o asilamento;
- c) propor a criação de centros de reabilitação para idosos, formados por equipes de atendimento multiprofissional;
- d) realizar estudos para detectar o perfil epidemiológico dos idosos, com vistas à reabilitação destes e ao tratamento de doenças;
- e) capacitar e atualizar os profissionais de saúde na forma de sensibilização, educação continuada e treinamento, visando atenção integral ao idoso;
- f) garantir, na Política de Assistência Farmacêutica do Município, os medicamentos que atendam às necessidades do idoso;
- g) estabelecer e aplicar normas mínimas de funcionamento para os serviços geriátricos da rede hospitalar municipal, de instituições geriátricas e similares;
- h) desenvolver formas de coordenação com a Secretaria de Estado da Saúde para treinamento de equipes multiprofissionais;
- i) incluir a geriatria e gerontologia como especialidades nos concursos públicos municipais;

III - na área de Educação:

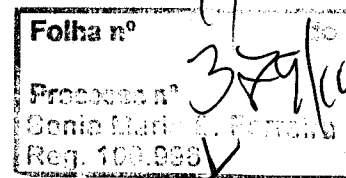
- a) possibilitar a criação de cursos abertos para alfabetização do idoso, bem como para propiciar a ele acesso continuado ao saber;
- b) inserir, nos currículos do ensino fundamental, conteúdos que tratem do processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, sobre o processo de envelhecimento;

IV - na área de Administração e de Recursos Humanos:

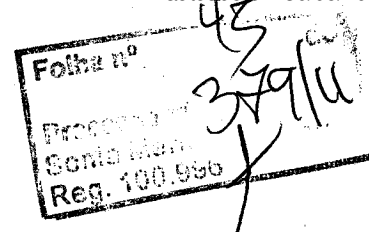
- a) criar mecanismos que impeçam a discriminação do idoso no mercado de trabalho do setor público;
- b) facilitar o acesso do idoso aos benefícios sociais oferecidos pelo poder público municipal;
- c) desenvolver programas visando ao reaproveitamento de servidores inativos, de modo que possam trazer para o Município sua experiência profissional, auxiliando no preparo e na formação de novas gerações de servidores;

V - na área de Indústria e Comércio:

- a) desenvolver programas que assegurem condições gerais de sobrevivência e elevação do padrão de qualidade de vida do idoso, por meio de ações de geração de renda;



- b) promover discussões acerca da reinserção do idoso no mercado de trabalho;
- VI - na área de Habitação e Urbanismo:
- a) incluir, nos programas de assistência, alternativas de adaptação e de melhoria das condições de moradia do idoso, levando em consideração seu estado físico e visando garantir-lhe independência de locomoção;
- b) estabelecer critérios que garantam o acesso do idoso à habitação popular;
- c) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;
- VII - na área Jurídica, fornecer orientação ao idoso, na defesa de seus direitos e na formação de organizações representativas de seus interesses;
- VIII - na área de Direitos Humanos e de Segurança Social:
- a) disponibilizar canais de denúncia com relação a maus tratos e a violação dos direitos e garantias fundamentais do idoso;
- b) propor aos órgãos competentes medidas que visem melhorar as condições de segurança do idoso;
- c) promover estudos relativos à segurança do idoso no Município;
- IX - na área de Cultura, Esporte e Lazer:
- a) garantir ao idoso participação no processo de produção, elaboração e fruição dos bens culturais;
- b) facilitar ao idoso o acesso a locais e a eventos culturais, no âmbito municipal;
- c) incentivar, no âmbito dos movimentos de idosos, o desenvolvimento de atividades culturais;
- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;
- e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.
- § 1º Na promoção das ações a que se refere este Capítulo, os órgãos municipais competentes deverão observar o disposto no "caput" do art. 5º desta lei.
- § 2º Quaisquer ações governamentais relativas ao idoso deverão ser promovidas de forma descentralizada e integrada, e com a participação das administrações regionais.
- CAPÍTULO V**
- DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS ESPECÍFICAS**
- SEÇÃO I**
- FÓRUMS REGIONAIS**
- Art. 8º O órgão a que se refere o "caput" do art. 6º desta lei, em conjunto com as administrações regionais, envidará esforços para promover periodicamente fóruns regionais, com a finalidade de estimular parcerias, aproximação e troca de experiência entre os idosos.
- Art. 9º O órgão municipal competente envidará esforços para realizar, anualmente, a Conferência Municipal do Idoso, com o objetivo de discutir e propor soluções para os problemas que afetam o idoso.
- SEÇÃO II**
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES**
- Art. 10. O órgão municipal com atuação na área de assistência social envidará esforços para manter serviço telefônico de atendimento e informação ao idoso.
- Art. 11. O órgão a que se refere o artigo anterior deverá identificar e planejar, em articulação com as administrações regionais, a rede comunitária de atendimento ao idoso, visando facilitar e aprimorar a prestação dos serviços que lhe são destinados.
- Parágrafo único. Para implementação do disposto no "caput", os órgãos municipais atuarão em conjunto com hospitais, instituições de longa permanência, associações comunitárias, organizações representativas de idosos e demais entidades públicas ou privadas que trabalham com a questão do envelhecimento.
- SEÇÃO III**
- PROGRAMAS DE INCENTIVO À ATIVIDADE PRODUTIVA E DE GERAÇÃO DE RENDA**



Art. 12. Os órgãos públicos municipais com atuação nas áreas de assistência social e nos setores de indústria e de comércio envidarão esforços para estabelecer, em articulação com as administrações regionais, programas de incentivo à atividade produtiva e de geração de renda para idosos economicamente carentes.

Art. 13. Na área de abrangência de cada administração regional, é conveniente que exista uma ou mais pequenas unidades produtivas, instituídas para desempenho de atividades definidas conforme a vocação profissional predominante na região e segundo estudos de viabilidade econômica.

SEÇÃO IV

SISTEMA DE ABRIGO

Art. 14. O órgão municipal competente envidará esforços para instituir Casas Transitórias de Idosos, destinadas a acolhê-los quando vítimas de violência, maus tratos, ameaças ou discórdias no âmbito familiar em que se encontram hospedados.

Art. 15. Na Casa Transitória será garantida a infra-estrutura necessária para acolher também o cônjuge idoso, se esse desejar, bem como assistência jurídica e psicossocial, caso necessitem.

§ 1º O prazo de permanência nesses estabelecimentos será de 90 (noventa) dias e poderá ser ampliado de acordo com a necessidade de cada caso.

§ 2º As organizações de terceira idade poderão prestar serviços de caráter voluntário de assistência social e apoio aos idosos ali abrigados.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. O Executivo regulamentará esta lei no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua publicação.

.....

Câmara Municipal de São Paulo, 27 de setembro de 2005.

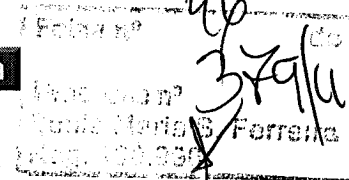
O Presidente, Roberto Tripoli

Publicada na Secretaria Geral Parlamentar da Câmara Municipal de São Paulo, em 27 de setembro de 2005.

O Secretário Geral Parlamentar, Breno Gandelman.



articles articles search
toc previous next author subject form home alpha



Revista da Associação Médica Brasileira

Print version ISSN 0104-4230

Rev. Assoc. Med. Bras. vol.54 no.4 São Paulo July/Aug. 2008

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000400022>

ARTIGO ORIGINAL

Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil

Beer-Fick criteria and generic drugs in Brazil

Milton Luiz Gorzoni^{*}; Renato Moraes Alves Fabbri; Sueli Luciano Pires

Trabalho realizado no departamento de Clínica Médica, da disciplina de Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP

My SciELO

☐ Custom services

Services on Demand

Article

- ☐ Article in pdf format
- ☐ Article in xml format
- ☐ Article references
- ☐ How to cite this article
- ☐ Curriculum ScienTI
- ☐ Automatic translation
- ☐ Send this article by e-mail

Indicators

Related links

Bookmark

| More

RESUMO

OBJETIVO: Determinar a prevalência de fármacos potencialmente inapropriados para idosos em medicamentos genéricos brasileiros pelos critérios de Beers-Fick.

MÉTODOS: Análise da lista de medicamentos genéricos publicada no Diário Oficial da União de 12 de julho de 2004 e copiada da página da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - www.anvisa.gov.br, utilizando-se os critérios de Beers-Fick.

RESULTADOS: Contendo 299 produtos e/ou apresentações, a lista analisada apresentava 20 deles (6,7% do total) incluídos nos critérios de Beers-Fick, concentrados nas categorias de ansiolíticos, antiagregantes plaquetários, antialérgicos, antianginosos e vasodilatadores, antiarrítmicos, antidepressivos, antiespasmódicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios não esteroidais, antiulcerosos e glicosídeos cardíacos. Esses critérios não incluem fármacos como antitussígenos, cinarizina, diltiazem, piracetam, quinolonas, xantinas, cremes, pomadas e colírios que fazem parte dessa lista de medicamentos genéricos.

CONCLUSÃO: Critérios de Beers-Fick são úteis para a prevenção do uso de fármacos potencialmente inapropriados em idosos, com a ressalva de que não são completos para medicamentos genéricos brasileiros.

Unitermos: Idosos. Medicamentos. Prescrição. Iatrogenia.

SUMMARY

BACKGROUND: Determine, according to the Beer-Fick criteria, the prevalence of drugs potentially inappropriate for the elderly available as generic medication in Brazil.

METHODS: Analysis of the list of generic medications issued by "Diário Oficial da União" on July/12/2004 and of the page of the National Agency for Sanitary Surveillance (ANVISA) - www.anvisa.gov.br, using the Beers-Fick criteria.

RESULTS: From the list of 299 products 20 (6.7% of the total) included in the Beers-Fick criteria were analyzed, mainly in the categories of anxiolytics, platelet antiaggregants, antiallergics, anti-angina and vasodilators, antiarrhythmics, antidepressants, antispasmodics, anti-hypertensive's, non steroid antiinflammatories, antiulceratives and cardiac glycosides. These criteria do not include drugs such as cough suppressants, cinnarizine, diltiazem, piracetam, quinolones, xanthines, creams, ointments and ophthalmic solutions which are also present in the list of generic medication.

CONCLUSION: The Beers-Fick criteria may prevent use of drugs potentially inappropriate for the elderly, however, it should be stressed that these criteria are not complete for Brazilian generic medications.

Key words: Elderly. Drugs. Prescription. Iatrogeny.

INTRODUÇÃO

Pacientes idosos normalmente são acometidos por mais de uma doença simultaneamente e, devido a isso, tomam vários medicamentos de forma contínua e concomitante^{1,2,3}. Multiplicidade de doenças e de fármacos associada a alterações relacionadas ao envelhecimento desencadeia, com constância, graves interações medicamentosas e reações adversas nesses pacientes⁴⁻⁷.

Estima-se que 5% do total de hospitalizações, independentemente da idade dos pacientes, decorram de reações adversas a medicamentos^{8,9}. Observa-se, porém, que a probabilidade de internações hospitalares serem decorrentes de efeitos colaterais e/ou interações medicamentosas dobra a triplica em idosos^{10,11,12}. Relata-se também que entre metade e dois terços de idosos hospitalizados apresentarão pelo menos uma reação adversa a medicamentos^{11,13}.

Há aproximadamente duas décadas surgiram instrumentos visando detectar potenciais riscos de iatrogenia medicamentosa em idosos, sendo o de Beers-Fick o mais utilizado deles¹³⁻¹⁶. Beers et al.^{14,15} estabeleceram critérios, baseados em trabalhos publicados sobre medicamentos e farmacologia do envelhecimento, para definir lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos com 65 ou mais anos de idade. Fick et al.¹⁶ atualizaram esses critérios, dividindo-os em dois: 1) Medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e pela existência de outros fármacos mais seguros; 2) Medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas. Pergunta-se se os critérios de Beers-Fick poderiam ser utilizados como guia para a boa prescrição de medicamentos genéricos brasileiros em idosos, procurando-se assim reduzir iatrogenias, consultas e hospitalizações nesses pacientes.

OBJETIVO

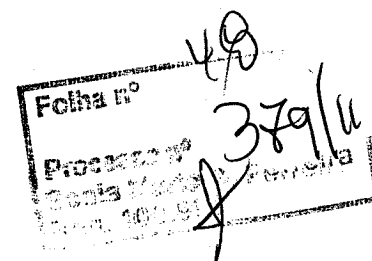
Definir a aplicabilidade dos critérios de Beers-Fick para determinar a prevalência de fármacos potencialmente inapropriados para idosos em medicamentos genéricos brasileiros.

MÉTODOS

Análise de lista de medicamentos genéricos publicada no Diário Oficial da União de 12 de julho de 2004 e copiada da página da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - www.anvisa.gov.br, utilizando-se os critérios de Beers-Fick¹⁶ para fármacos não recomendados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros e comercializados no Brasil (Tabela 1).

Tabela 1 – Medicamentos não recomendados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e com opções à prescrição de outros fármacos mais seguros pelos critérios de Beers-Fick¹⁴ e comercializados no Brasil

Benzodiazepínicos	Amiodarona
Lorazepam > 3,0 mg/dia	Digoxina > 0,125 mg/dia
Alprazolam > 2,0 mg/dia	(exceto em arritmias atriais)
Clordiazepóxido	Disopiramida
Diazepam	Metildopa
Clorazepato	Clonidina
Flurazepam	Nifedipina
Amitriptilina	Doxazosina
Fluoxetina (diariamente)	Dipiridamol
Barbitúricos (exceto fenobarbital)	Ticlopidina
Tionidazina	Antiinflamatórios não-hormonais
Mependina	Indometacina
Anoréxicos	Naproxeno
Anfetaminas	Piroxicam
Anti-histamínicos	Miorrelaxantes e antiespasmódicos
Clorfeniramina	Carisoprodo
Difenidramina	Clorzoxazona
Hidroxizina	Ciclobenzaprina
Ciproheptadina	Orfenadrina
Tripelenamina	Oxbutinina
Dexclorfeniramina	Hiosciamina
Prometazina	Propanetina
Clorpropamida	Alcalóides da Belladonna
Estrógenios não-associados (via oral)	Cetorolaco
Extrato de Tireóide	Ergot e cicandelata
Metiltestosterona	Laxantes
Nitrofurantoina	Bisacodil
Sulfato ferroso	Cascará sagrada
Cimetidina	Óleo mineral

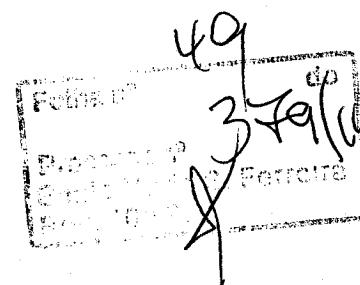


RESULTADOS

Contendo 299 produtos e/ou apresentações, a lista analisada apresentava 20 deles (6,7% do total) incluídos nos critérios de Beers-Fick, concentrados nas categorias de ansiolíticos, antiagregantes plaquetários, antialérgicos, antianginosos e vasodilatadores, antiarrítmicos, antidepressivos, antiespasmódicos, anti-hipertensivos, antiinflamatórios não esteroidais, antiulcerosos e glicosídeos cardíacos (Tabela 2). Esses critérios não incluem fármacos como antitussígenos, cinarizina, diltiazem, piracetam, quinolonas, xantinas, cremes, pomadas e colírios que fazem parte dessa lista de medicamentos genéricos.

Tabela 2 – Medicamentos não recomendados em idosos pelos critérios de Beers-Fick¹⁴ e comercializados no Brasil na forma de genéricos

- Ansiolíticos
 - Alprazolam
 - Diazepam
 - Lorazepam
- Antiagregantes plaquetários
 - Ticlodipina
- Antialérgicos
 - Desclorfeniramina isolada
 - ou + betametasona / pseudoefedrina / guaifenesina
 - Fexofenadina
- Antianginosos e vasodilatadores
 - Nimodipino
- Antiarrítmicos
 - Amiodarona
- Antidepressivos
 - Amitríptilina
 - Fluoxetina
- Antiespasmódicos
 - N-butilscopolamina isolada
 - ou + dipirona
- Anti-hipertensivos
 - Metildopa
- Antiinflamatórios
 - Naproxeno
 - Piroxicam
- Antitúberculares
 - Cimetidina
- Glicosídeos
 - Digoxina



DISCUSSÃO

Alterações homeostáticas e na farmacocinética e farmacodinâmica de percentual expressivo de medicamentos ocorrem devido ao processo de envelhecimento humano^{17,18}. Associadas à ocorrência de alto número de doenças e de fármacos nessa faixa etária, justificam o encontro de duas a três vezes mais interações medicamentosas e reações adversas em idosos do que em adultos jovens^{19,20}. O histórico medicamentoso em pacientes idosos deve ser revisto periodicamente na prática clínica. Estima-se que aproximadamente 90,0% dos idosos façam uso de pelo menos um medicamento de forma regular, com consumo médio de três a cinco^{6,7,20-24}.

Beers et al., após painel com especialistas em farmacologia e em geriatria, publicaram, em 1991¹⁴, o primeiro grupo de critérios para determinar o uso de medicamentos inapropriados em idosos asilados. Produziu-se uma lista de 30 fármacos a serem evitados em asilados, independentemente do diagnóstico, dose e frequência de sua utilização. Essa lista abrangia psicofármacos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais, antiinflamatórios não-hormonais e analgésicos. Revisão desses critérios foi publicada em 1997¹⁵ com o propósito de incluir idosos em diferentes graus de fragilidade e moradores tanto domiciliarmente como em asilos. Classificou-se os fármacos potencialmente inapropriados em três categorias: 1) a serem evitados em idosos em geral; 2) com doses máximas reajustadas pela idade do paciente e 3) a serem evitados em determinadas doenças. Ambas as versões desses critérios foram utilizadas em estudos epidemiológicos ou retrospectivos, sendo incomum o

encontro de observações relacionadas com doses medicamentosas e/ou doenças associadas¹³. Revistos por Fick et al., em 2002¹⁶, com a finalidade de atualizar fármacos e doenças, essa nova versão reduziu as categorias a duas: 1) Medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e pela existência de outros fármacos mais seguros; 2) Medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas. Merece menção que as três versões desses critérios não indicam todas as principais causas de prescrição potencialmente inapropriada em idosos como interações medicamentosas. Há também controvérsias sobre a inclusão de alguns desses fármacos, como amitriptilina, largamente utilizada em quadros algícos em idosos¹³. Esses critérios abrangem apenas prescrições inapropriadas, não citando situações como subdosagens medicamentosas e fitoterápicos. Nota-se, ainda, que os critérios de Beers-Fick não apontam para todas as situações que envolvem uso inapropriado de medicamentos em idosos no Brasil. Fármacos de uso comum em nosso país como antitussígenos, cinarizina, diltiazem, piracetam, quinolonas, xantinas, cremes, pomadas e colírios encontrados nessa lista de medicamentos genéricos devem, sob certos critérios clínicos, ser prescritos com cautela nessa faixa etária, dado não relatado em várias de suas bulas nem citado nesses critérios. Cita-se como exemplo a ação farmacológica de certos colírios, potenciais desencadeadores de alterações cardiovasculares e distúrbios psiquiátricos em pacientes idosos^{25,26}.

Por outro lado, listas de medicamentos impróprios para idosos, como os critérios de Beers-Fick¹⁶, são úteis, de fácil memorização e utilizáveis em vários idiomas^{7,23,24,27-28}. Deve-se, porém, ter em mente que a idade e o número de fármacos tomados pelo paciente provocam maior risco do uso de medicamentos potencialmente inapropriados^{23,29}, exigindo sempre a apreciação de critérios clínicos para melhor seleção de opções terapêuticas.

CONCLUSÃO

Critérios de Beers-Fick são úteis para a prevenção do uso de fármacos potencialmente inapropriados em idosos e há medicamentos, incluídos nesses critérios, que são comercializados como genéricos no Brasil.

Agradecimento

Agradecemos ao Núcleo de Apoio à Publicação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - NAP-SC o suporte técnico-científico à publicação deste manuscrito

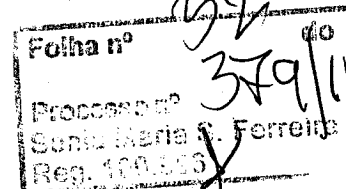
Conflito de interesse: não há

REFERÊNCIAS

1. Gorzoni ML, Lima CA. Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermaria de clínica médica. Rev Assoc Med Bras. 1995;41:227-32. [[Links](#)]
2. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal prescription study. Fam Pract. 1999; 6:380-8. [[Links](#)]
3. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perraccini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saude Publica. 2004;38:687-94. [[Links](#)]
4. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. Clin Geriatr Med. 1992;8:143-58. [[Links](#)]
5. Carvalho-Filho ET, Saporetti L, Souza MA, Arantes AC, Vaz MY, Hojaiji NH, et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev Saude Publica. 1998;32:36-42. [[Links](#)]
6. Flaherty JH, Perry HM III, Lynchard GS, Morley JE. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2000;55:M554-9. [[Links](#)]
7. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. Drugs Aging. 2005;22:69-82. [[Links](#)]
8. Einarson TR. Drug-related hospital admissions Ann Pharmacother. 1993;27:832-40. [[Links](#)]

9. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA. 1998;279:1200-5. [Links]
10. Doucet J, Chassagne P, Trivalle C, Landrin I, Pauty MD, Kadri N, et al. Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults: a prospective study of 1000 patients. J Am Geriatr Soc. 1996;44:944-8. [Links]
11. Passarelli MC, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. Drugs Aging. 2005;22:767-77. [Links]
12. Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. JAMA. 2003;289:1652-8 [Links]
13. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. J Clin Pharm Ther. 2007;32:113-21. [Links]
14. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med. 1991;151:1825-32. [Links]
15. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. Arch Intern Med. 1997;157:1531-6. [Links]
16. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716-24. [Links]
17. Gorzoni ML. Aspectos de farmacologia clínica em pacientes idosos. Gerontologia. 1993;1:9-12. [Links]
18. Oskvig RM. Special problems in the elderly. Chest. 1999;115:158S-64S. [Links]
19. Lamy PP. Adverse drugs effects. Clin Geriatr Med. 1990;6:293-307. [Links]
20. Mosegui GB, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saude Publica. 1999;33:437-44. [Links]
21. Golden AG, Preston RA, Barnett SD, Llorente M, Hamdan K, Silverman MA. Inappropriate medication prescribing in homebound older adults. J Am Geriatr Soc. 1999;47:948-53. [Links]
22. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. J Clin Epidemiol. 2002;55:809-17. [Links]
23. Chang CM, Liu PY, Yang YH, Yang YC, Wu CF, Lu FH. Potentially inappropriate drug prescribing among first-visit elderly outpatients in Taiwan. Pharmacotherapy. 2004;24:848-55. [Links]
24. Ay P, Akici A, Harmanc H. Drug utilization and potentially inappropriate drug use in elderly residents of a community in Istanbul, Turkey. Int J Clin Pharmacol Ther. 2005;43:195-202. [Links]
25. Shiuey Y, Eisenberg MJ. Cardiovascular effects of commonly used ophthalmic medications. Clin Cardiol. 1996;19:5-8. [Links]
26. Diamond JP. Systemic adverse effects of topical ophthalmic agents. Implications for older patients. Drugs Aging. 1997;11:352-60. [Links]
27. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005;293:1348-58. [Links]
28. Lechevallier-Michel N, Gautier-Bertrand M, Alperovitch A, Berr C, Belmin J, Legrain S, et al. Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. Eur J Clin Pharmacol. 2005;60:813-9. [Links]
29. Stuck AE, Beers MH, Steiner A, Aronow HU, Rubenstein LZ, Beck JC. Inappropriate medication use in community-residing older persons. Arch Intern Med. 1994;154:2195-200. [Links]

Artigo recebido: 15/10/07
Aceito para publicação: 07/12/07



* **Correspondência** R. Santo Irineu, 285, apt 11 - Saúde São Paulo - SP CEP 04127-120 Tel: (11) 5578-9328
Fax: (11) 3221-0325 gorzoni@uol.com.br



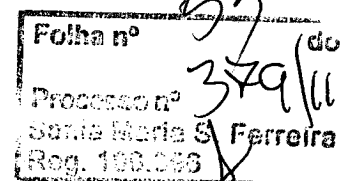
All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a **Creative Commons License**

Associação Médica Brasileira

R. São Carlos do Pinhal, 324
01333-903 São Paulo SP - Brazil
Tel: +55 11 3178-6800
Fax: +55 11 3178-6816

Mail

ramb@amb.org.br



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;

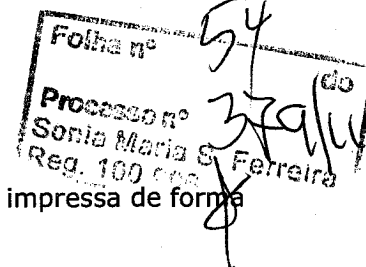
j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento em outros serviços;

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;

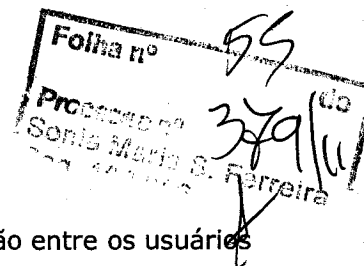
XXII – recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida;

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:



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.

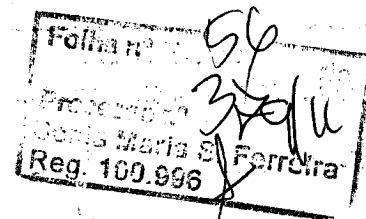
Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

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



LEI Nº 14.725, DE 15 DE MAIO DE 2008

(Projeto de Lei nº 353/07, do Vereador Jorge Borges - PP)

Institui, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos, 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 9 de abril de 2008, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Município de São Paulo, o Programa de Vacinação Domiciliar de Idosos.

Art. 2º O programa instituído no art. 1º desta lei será destinado a cidadãos e cidadãs com 60 (sessenta) anos ou mais, nos termos desta lei, que solicitem, por si mesmos, por familiares ou terceiros por eles responsáveis, a aplicação das vacinas nesta lei especificadas no seu próprio domicílio.

Parágrafo único. O direito a que se refere o "caput" deste artigo aplica-se exclusivamente aos idosos que comprovadamente estejam impossibilitados de se deslocar até os locais de vacinação.

Art. 3º São as seguintes vacinas a serem aplicadas dentro do programa de que trata esta lei:

- I - vacina contra gripe (influenza);
- II - vacina contra pneumonia (pneumococo);
- III - vacina contra difteria e tétano (dupla adulto - dt);
- IV - vacinas tornadas obrigatórias, eventualmente, por força de lei;
- V - doses de reforço, inclusive de outros tipos de vacina, quando for o caso.

Art. 4º (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

Art. 5º O programa instituído nesta lei poderá ocorrer durante todo o ano, mas sua realização será executada prioritariamente durante o outono ou no período de campanha de vacinação de idosos fixado pelo Poder Público.

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

Art. 7º Esta lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no que couber, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contado de sua publicação.

Art. 8º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 15 de maio de 2008, 455º da fundação de São Paulo.

GILBERTO KASSAB, PREFEITO

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 15 de maio de 2008.

CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal

RECEBIDO
Comissão de Constituição e Justiça
Em 21/09/2011 às 18h30
RF _____

Mathias da Silveira T. Xavier
Técnico Administrativo
RF: 11.233

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora

Amélio
Para Relatar.
Sala da Comissão de Constituição, Justiça e
Legislação Participativa.
Em 27/09/11

Presidente

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

RECEBIDO NA PROCURADORIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SETOR DO PROCESSO LEGISLATIVO
EM 27/09/11 às 15:40h
POR *Jose*
SAÍDA: 29/09/11 às 18h30 ASS: *CB*

Segue n juntado 2 nesta data.
Documento / e papel de informação
Rubricado / sob folha 12 nº 57659
Em 27/09/11

MÔNICA *R* A. SILVA
Secretaria



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

16 - PAR
16- 01467/2011

PI0379-11

autuado em 30/09/2015 00:00:00.
Folha nº 84 do proc
nº 01-379 de 11 fls. 62
Mônica Paiva

**PARECER Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E
LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA SOBRE PROJETO DE LEI Nº 0379/11.**

Trata-se de projeto de lei, de iniciativa do nobre Vereador Gilberto Natalini, que visa estabelecer a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública.

Segundo consta das informações juntadas às fls. 46/52 pelo Setor de Pesquisa desta Casa, informações essas que poderão ser melhor analisadas pelas E. Comissão de Mérito competente, os critérios Beers-Fick consistem de uma lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos com 65 ou mais anos de idade se subdividindo em duas categorias:

a) medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica; b) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas.

Sob o aspecto estritamente jurídico, nada obsta o prosseguimento do presente projeto de lei, elaborado no regular exercício da competência legislativa desta Casa, espelhada nos artigos 30, I da Constituição Federal e nos artigos 13, I e 37, *caput* da Lei Orgânica do Município.

Sob a matéria de fundo, a propositura encontra fundamento na proteção da saúde da pessoa idosa, matéria também da competência concorrente da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 24, XII c/c art. 30, II da Constituição Federal.

Oportuno registrar que não se trata aqui de ato concreto de administração ou matéria atinente à organização administrativa, assuntos reservados à iniciativa legislativa do Sr. Prefeito, mas sim de normatização geral de serviço público, sendo oportuno registrar ainda que a nossa Lei Orgânica já não mais prevê a iniciativa privativa ao Prefeito para a apresentação de projetos de lei que versem sobre serviços públicos, como, aliás, não poderia deixar de ser, posto que tal previsão não encontrava respaldo na Constituição Federal.

17 - RELCOM
17- 01516/2011



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

PI0379-11

Cabe observar ainda que a propositura não interfere ou restringe o âmbito de atuação dos médicos da rede pública de saúde posto que, com a determinação de que a relação dos critérios de Beers-Fick seja consultada antes da prescrição de medicamentos a pacientes idosos, apenas pretende dar-lhes maior publicidade, cabendo aos médicos a escolha e indicação do medicamento que julgar mais adequado.

A propositura também encontra consonância com o disposto no art. 9º do Estatuto do Idoso que preceitua ser dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável, cabendo ressaltar ainda o disposto no art. 15 do Estatuto do Idoso que preconiza, *in verbis*:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, **em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos**. (grifo nosso)

Por fim, a propositura, ao pretender dar maior visibilidade aos critérios de Beers-Fick, determinando que os médicos do sistema público de saúde a consultem antes de prescrever medicamentos para pessoas idosas, encontra fundamento também nos dispositivos que preconizam a capacitação dos profissionais nas áreas de geriatria e gerontologia, bem como na prestação de serviços aos idosos, nos termos do art. 3º, VI do Estatuto do Idoso e do art. 6º, VI da Lei nº 9.892/97 que instituiu a Política Estadual do Idoso.

Para a sua aprovação a propositura dependerá do voto favorável da maioria absoluta dos membros da Câmara, nos termos do art. 40, XII da Lei Orgânica.

Ante o exposto somos,

PELA CONSTITUCIONALIDADE e LEGALIDADE, na forma do seguinte Substitutivo proposto para adequar a proposta à melhor técnica de elaboração legislativa:

SUBSTITUTIVO Nº DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA
E LEGISLAÇÃO PARTICIPATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 0379/11



CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

PI0379-11

Determina a consulta aos critérios de Beers-Fick antes da prescrição de medicamentos a idosos nos equipamentos de saúde da rede pública, e dá outras providências.

A Câmara Municipal de São Paulo D E C R E T A :

Art. 1º Para o aprimoramento da prestação do serviço de saúde a idosos, a prescrição de medicamento para pessoas maiores de 65 (sessenta e cinco) anos nos equipamentos da rede pública de saúde fica condicionada à consulta prévia dos critérios de Beers-Fick.

Parágrafo único. A prescrição de medicamento constante da relação de Beers-Fick ensejará o acompanhamento detalhado com anotação no prontuário do paciente de quaisquer efeitos adversos observados.

Art. 2º As despesas decorrentes da 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.

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

ABOU ANNI

ADILSON AMADEU

ADOLFO QUINTAS

AURÉLIO MIGUEL

ARSELINO TATTO

DALTON SILVANO

FLORIANO PESARO

JOSÉ AMÉRICO

MILTON LEITE

Marco Aurelio Cunha

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL

DE 28 / 10 / 2011

Pág. 106 Col. 3ª

Conferido *Maria Tereza*

Maria Tereza Affonso da Silva
Técnico Administrativo
RF 10.851

A douta Comissão de Administração Pública.

Em 31 / 10 / 2011

MPS.
Maria Tereza Affonso da Silva
Técnico Administrativo
RF 10.851

Recebido na Comissão de
Administração Pública

Em 3 / 11 / 11 às 12h30
João Carlos Dias Chaves
Técnico Administrativo
RF 11326

Ao Nobre Vereador / A Nobre Vereadora <i>Marta</i>
Para relatar. Sala da Comissão de Administração Pública. Em: 9 / 11 / 2011 <i>Osman</i> Presidente
Obs: o prazo para manifestação é de 8 dias, nos termos do § 3º, artigo 63 do R.I.

Redistribuído ao Vereador *Arnaldo Timoteo*
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 de Sousa Junior
Secretário da Comissão
RF. RF - 101204 SGP-12 *[Assinatura]*

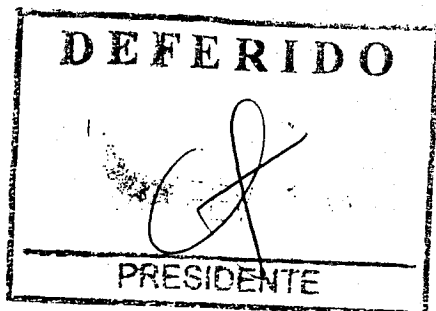
UBIRAJARA DE F. PRESTES FILHO
CONSULTOR TÉCNICO - HISTÓRIA

123761

Segue(m) Juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob nº.....e folha de informação sob nº.....60.....09/01/2013
--

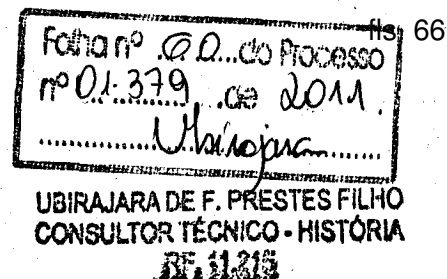
[Assinatura]
José Sousa Batista - RF 11.092
Técnico Administrativo

Segue(m) Juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob nº.....60.....e folha de informação sob nº.....61.....11/03/2013



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

REQUERIMENTO Nº 10/2013



13 - RDS
13- 00069/2013

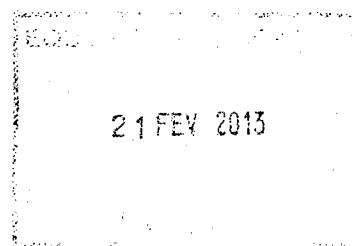
REQUEIRO, nos termos regimentais, o desarquivamento das seguintes proposições de autoria do vereador Gilberto Natalini (PV):

Projetos de Lei (PL): 327/2012; 326/2012; 278/2012; 237/2012; 225/2012; 197/2012; 178/2012; 124/2012; 110/2012; 103/2012; 85/2012; 73/2012; 65/2012; 49/2012; 26/2012; 620/2011; 619/2011; 609/2011; 598/2011; 578/2011; 577/2011; 560/2011; 502/2011; 478/2011; 448/2011; 447/2011; 405/2011; 390/2011; 379/2011; 316/2011; 150/2011; 51/2011; 429/2010; 342/2010; 278/2010; 178/2010; 106/2010; 91/2010; 675/2009; 449/2009; 241/2009; 200/2009; 159/2009; 545/2008; 541/2008; 415/2008; 378/2008; 275/2008; 619/2007; 533/2007; 286/2007; 690/2006; 682/2006; 665/2006; 376/2004; 260/2004; 794/2003; 728/2003; 698/2003; 601/2003; 468/2003; 396/2003; 362/2003; 186/2003; 48/2003; 231/2002.

Projetos de Resolução (PR): 3/2010; 2/2010; 06/2007; 03/2007; 11/2007; 18/2006; 08/2004; 25/2003.

Projetos de Emenda à Lei Orgânica (PLO): 19/2001.

DALTON SILVANO
Líder da Bancada do Partido Verde (PV/SP)



CMSP - SEP. 22 - 20/02/2013 - 10:56 - 003319 - 1/1

Materia PL 379/2011. Não foi possível extrair as informações de assinaturas do arquivo migrado do ECM.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

do processo nº 01-379 de 20 11, 11, 03, 2013 (a) 61
Papel para informação, rubricado como folha nº 61

UBIRAJARA DE F. PRESTES FILHO
CONSULTOR TÉCNICO - HISTÓRIA
RF. 11.215

À SGP.33

Sra. Supervisora,

Encaminho o presente requerimento para o desarquivamento da propositura indicada no RDS 13-0069/2013.

07/03/2013

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

À SGP.-22

Sra. Supervisora,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-0069/2013, segue o presente expediente para volta à tramitação.

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

RECEBIDO EM SGP-22

18/3/13

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100.406

A Comissão de:
Administração Pública

05/04/2013

flange

Solange Lainone dos Santos
 Supervisora de SGP-22
 RF 13.801

RECEBIDO
 Comissão de Administração Pública
 Em 03/04/13 às 15h
 RF _____
 Elaine Gonçalves Gavioli
 Assistente Parlamentar
 RF 120.413

Ao Vereador / A Vereadora
Adelino Francisco
 Para relatar
 Sala da Comissão de Administração Pública.
 Em 06/05/2013
 Presidente _____
 Obs. O prazo para manifestação é de 5 dias, nos
 termos do § 3º artigo 63 do RI.

Segue _____ juntado _____, nesta data documento(s)
 e papel de Informação rubricado _____ sob folha(s)
 nº 62 Em 15/08/13
 Aparecido Ferreira
 RF. 101.075 - SGP-12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

16 - PAR
16- 01372/2013

**PARECER DA COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE O
PROJETO DE LEI Nº 0379/2011.**

O projeto de lei do nobre vereador Gilberto Natalini "estabelece a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública" a ser elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, em formulário próprio, para relato de ocorrências de Reação Adversa a Medicamento (RAM), que constará do prontuário médico destes pacientes, quando da prescrição de drogas contidas nos critérios de Beers-Fick.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa emitiu parecer pela constitucionalidade e legalidade porém apresentou substitutivo para adequar a proposta à melhor técnica de elaboração legislativa.

Justifica o autor que o objetivo desta lei é garantir uma monitorização mais adequada ao tratamento dos idosos e evitar grande número de atendimentos de emergência causados por reação adversa aos medicamentos inapropriados para uso do idoso.

A Comissão de Administração Pública manifesta-se favoravelmente a este projeto de lei nos termos do substitutivo da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa.

Sala da Comissão de Administração Pública, 14/08/2013

GILSON BARRETO
Presidente

ALFREDINHO

ATILIO FRANCISCO
Relator

CORONEL CAMILO

DAVID SOARES

MÁRIO COVAS NETO

MARQUITO

17 - RELCOM
17- 01389/2013

Publicado no DIÁRIO OFICIAL
de 17 / 08 / 13
página 100 coluna 3
Conferido: _____

Aparecido Ferreira
Assistente Parlamentar
RF 101.075

À Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher
Em 19 / 08 / 13

Aparecido Ferreira
Assistente Parlamentar
RF 101.075

RECEBIDO
Comissão de Saúde, Promoção
Social, Trabalho e Mulher
Em 22 / 08 / 13 às 12:40h

FABIO DE CASTRO DADIA
RF 11.120
Secretário

Às Vereadoras / Às Vereadores
Ori Figueiredo
Presidente
Câmara Municipal de São Paulo, Comissão de Saúde, Trabalho e Mulher
Em 28 / 08 / 2013

Câmara Municipal de São Paulo, Comissão de Saúde, Trabalho e Mulher

Recebido em 13/09/13
Tomaz Figueiredo
29505 - 4º GV

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Segue junta revisão revisão revisão
sob nº 63 folha de informação nº
em 02 / 10 / 13
Nome FABIO DE CASTRO DADIA
RF 11.120 SGP-12



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 63 fls. 71
Processo nº 01-379/11
Fábio de Castro Paiva
Reg. 11.120

16 - PAR
16- 02001/2013

DA COMISSÃO DE SAÚDE, PROMOÇÃO SOCIAL,

TRABALHO E MULHER SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 0379/2011.

O Projeto de Lei, de autoria do Nobre Vereador Natalini, estabelece a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública, e dá outras providências.

A Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa exarou parecer pela Constitucionalidade e Legalidade com apresentação de Substitutivo para adequação à técnica de elaboração legislativa.

A Comissão de Administração Pública emitiu parecer favorável nos termos do Substitutivo da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa.

No âmbito desta Comissão, quanto ao mérito que devemos analisar, a propositura é meritória, pois visa estabelecer a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública municipal. Os critérios Beers-Fick consistem de uma lista de fármacos potencialmente inapropriados para adultos com 65 ou mais anos de idade sendo subdivididos em duas categorias:

a) medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica;

b) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas.

Estudos demonstram que há uma estimativa de que 5% do total de hospitalizações, independentemente da idade dos pacientes, decorram de reações adversas a medicamentos e que a probabilidade de internações hospitalares serem decorrentes de efeitos colaterais e/ou interações medicamentosas dobra a triplica em idosos. O instrumento de Beers-Fick é o marcador mais utilizado para detectar possíveis iatrogenias medicamentosas nestes pacientes.

Pelos motivos expostos, **favorável nos termos do substitutivo da CCJLP é o nosso parecer.**

Sala da Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, 02/10/13

Ari Friedenbach - relator-

Fábio de Castro Paiva
Presidente

Juliana Cardoso

Edemilson Chaves

Natalini

Noemi Nonato

Patrícia Bezerra

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 03 / 10 / 13
Pág. 109 Col. 2
Conferido /

FÁBIO DE CASTRO PALVA
RF. 11.120
/

A Comissão de F/N
Em 04 / 10 / 13
Fábio de Castro Palva
RF. 11.120 /

Segue 1 (unidade), nesta data documento(s)
e papel de informação rubricado 1 sob folha(s)
nº 04 Em 11 / 10 / 13

Caio Cesar Rodrigues /
RF. 11.267 - Técnico Administrativo



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Papel para informação, rubricado como folha nº 64

do processo nº 01-0379 de 2011, 11/10/2013


Caio Cesar Rodrigues
Técnico Administrativo
RF. 11.267 – SGP.12

RECEBIDO na
Comissão de Finanças e Orçamento
Em 11/10/2013 às 16:45


Caio Cesar Rodrigues
Técnico Administrativo
RF 11.267 – SGP.12

Ao Vereador / À Vereadora

RICARDO NUNES

Para relatar.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento.

Em 24 / 10 / 2013

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 65 e 66 Em 06 / 12 / 13

Carmen Cristina Malavazzi
RF. 11.197 - SGP-12





**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

Folha nº 65 de fls. 75
Processo nº 01-379/11
Carimbo: Cristina Malavazzi
R. 11, 197 - SGP-12

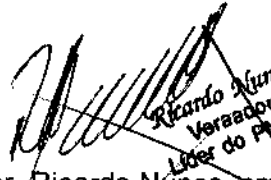
Senhor Presidente:

Solicito de V.Exa. as providências cabíveis a fim de que o Executivo responda aos seguintes quesitos sobre o Projeto de Lei nº 379/2011:

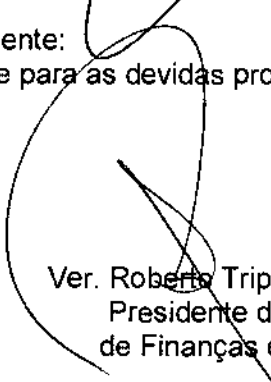
1º) Existiriam custos para a implementação da propositura? Em caso afirmativo, quais seriam?

2º) Existem ações da Prefeitura Municipal, em planejamento ou em execução, que venham ao encontro do pretendido pelo projeto?

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


Ver. Ricardo Nunes, em
Relator
31, 10, 13

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 66 de fls. 76
Processo nº 01-379/11
Carmen Cristina Malavazzi
SGM/ATL - SGP-12

São Paulo, 29 de novembro de 2013.

36 - OF-SGP12
36- 00580/2013

Senhor Prefeito,

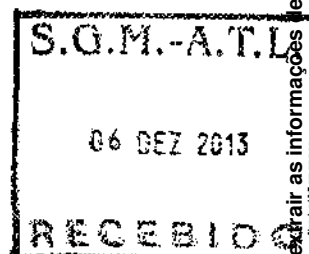
CÓPIA

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 379/2011, de autoria do Vereador Natalini, que *estabelece a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de idosos nos equipamentos de saúde da rede pública, 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
RP: 586.032.1.01
SGM/ATL

Matéria PL 379/2011. Não foram extraídas as assinaturas do arquivo migrado do ECM.

Segue — juntado —, nesta data documento(s)
e papel de Informação rubricado — sob folha(s)
nº 670 94 Em 03 1 06 1 14
Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.281 - SGP-12



Prefeitura do Município de São Paulo

fls. 78

São Paulo, 30 de maio de 2014.

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. I. L. nº 197/14-C

Ref.: OF. SGP-12 nº 00580/2013

Folha nº 67 do

Processo nº 01-379/11

Vinício Moreira do Nascimento
RF. 11.261-SGP-12

Senhor Presidente

15 - DOCREG

15-00384/2014

Em atendimento ao pedido de subsídios constante do ofício em epigrafe, transmito a essa Presidência, por cópia, as manifestações colhidas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde acerca do Projeto de Lei nº 379/11, de autoria do Vereador Natalini, que objetiva determinar a consulta aos critérios de Beers-Fick antes da prescrição de medicamentos a idosos nos equipamentos de saúde da rede pública.

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

GGSM/LMS/bam
Resp 379/11

FIN

15 - DOCREG - 15-00384/2014 - 16:03 - 007294 - 1/1

Carta de: Finanças
02.06.2014
Solange
Solange Rainone dos Santos
Secretária de Apoio Legislativo
SGP.2

RECEBIDO
Comissão de Finanças e Orçamento
Em 02/06/14 às 16h50
RF 11261
Vinicius
Vinicius Moreira do Nascimento
RF. 11.261

Processo nº 01-379/11

fls. 80

Vincício Moreira do Nascimento

RF: 729753

Assessoria Parlamentar - SMS-G

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

**Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica**

Folha de Informação Nº 08

Glauber

Do Memo nº 788/2011- ATL III

CÓPIA

em 03/01/2012

Solange Garcia Held Ragazi
RF 717.864.9 - AGPP
Coord. Atenção Básica
SMS-G

Interessado: SGM/ATL

Assunto: análise PL nº 379/2011 do Vereador Gilberto Natalini

SMS.G

Assessoria Jurídica

CÓPIA

Encaminhamos resposta à solicitação:

Parte 1 – PARECER TÉCNICO

Preliminarmente, caracterize-se o substrato da questão:

Martín Alcalde E, Molina Alcántara MC, Espinosa Gimeno E, Yela Gonzalo G. LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE ANCIANO. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha Vol. IX, N.º 3 Año 2008:1-8.
http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/IX_03_FarmacoterapiaAnciano.pdf

Criterios de Beers (21):

Los Criterios de Beers son una relación consensuada de medicamentos, mediante consulta a expertos en geriatría, farmacología geriátrica, psicofarmacología y farmacoepidemiología. La metodología utilizada implicó la revisión sistemática de la literatura científica basada en la evidencia. Estos criterios se han venido utilizando para describir patrones de tratamiento, educar e informar a los clínicos y para evaluar estudios de intervención

con el fin de disminuir los problemas relacionados con los medicamentos en ancianos. A pesar de no sustituir en ningún caso el criterio médico, la aplicación de los criterios de Beers ha supuesto la posibilidad de utilización de un instrumento de gran valor en la mejora de la seguridad de la terapia farmacológica. Permiten la identificación de distintos factores de riesgo asociados con la indicación de medicamentos inapropiados, para una posterior puesta en marcha de programas de mejora de la seguridad de la prescripción (1,12).

Fick DM y cols. realizaron en 2003 una revisión de los criterios de Beers con tres objetivos (3,21,22):

- Reevaluar los criterios de 1997 para incluir nuevos productos e informaciones.
- Reevaluar la severidad relativa asignada a cada medicamento
- Identificar nuevas situaciones o consideraciones no recogidas en los criterios de 1997.

Recogieron criterios bajo dos circunstancias:

- Medicamentos o grupos de medicamentos que se deben evitar en personas mayores por ser ineficaces o que suponen un riesgo innecesario existiendo alternativas (Tabla 5).
- Medicamentos que no se deben utilizar en personas mayores que cumplan unas condiciones médicas específicas (Tabla 6).

CÓPIA

Processo nº 01-379/11

Vinícius Moreira do Nascimento

RF. 11.261 - SGP-12

William H. Souza

RF: 729753

Assessoria Parlamentar - SMS-G

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica



Folha de Informação Nº 09

Recientes estudios ponen en evidencia algunas deficiencias que presentan estos criterios:

- Algunos fármacos incluidos en los Criterios de Beers no están absolutamente contraindicados en ancianos (oxibutinina, amitriptilina, diazepam, amiodarona, nitrofurantoina, naproxeno...).

- Incluyen muchos fármacos que no están comercializados em Europa.

- No mencionan todas las prescripciones consideradas como inapropiadas en ancianos.

Esto plantea la necesidad de desarrollar nuevas herramientas, fáciles de usar por médicos y farmacéuticos, complementarias al juicio clínico y que ayuden a mejorar la prescripción en la población geriátrica (23).

Aún así, a falta de nuevos criterios, la aplicación de los ya existentes puede servir de gran ayuda al clínico en la toma de decisiones, utilizándose como una herramienta más a la hora de minimizar los problemas asociados al uso de los medicamentos

en personas mayores. En ningún caso, suponen una prohibición en la utilización de dichos medicamentos puesto que su prescripción siempre dependerá de la situación clínica y características del paciente en concreto, así como del juicio clínico del médico prescriptor.

NORMAS GENERALES DE PRESCRIPCIÓN EN EL ANCIANO (2,3,11,17,22)

La norma básica en el anciano es prescribir el menor número de fármacos posible y a dosis terapéuticas adecuadas, revisando y monitorizando periódicamente la farmacoterapia, evitando duplicidades y valorando muy estrictamente la posibilidad de aparición de efectos indeseables o secundarios y las interacciones.

Con el fin de mejorar la calidad de la prescripción en la población geriátrica se debe:

- Hacer una valoración integral de los enfermos: biomédica, funcional, mental y social.

- Garantizar la continuidad de los distintos niveles asistenciales, mejorando los sistemas de comunicación y coordinación entre los mismos.

- Usar medicamentos de eficacia demostrada, toxicidad conocida y con experiencia de uso.

- Revisar periódicamente los fármacos prescritos por distintos médicos, sus dosis y duración.

No utilizar medicación innecesaria.

- Evaluar periódicamente los objetivos terapéuticos para los que se han indicado los medicamentos.

- Evitar al máximo la utilización de un elevado número de fármacos, para disminuir el riesgo de interacciones y efectos adversos.

- Usar los medicamentos que produzcan menos reacciones adversas y/o interacciones con los medicamentos utilizados en el tratamiento de las patologías geriátricas más comunes.

- Elegir fármacos con presentaciones fácilmente reconocibles y que permitan una dosis única diaria, para mejorar el cumplimiento.

- Hacer coincidir las tomas con alguna actividad (comidas, levantarse, acostarse).

- Proporcionar al paciente envases que se abran fácilmente.

- Controlar desde el principio la dosis óptima. Buscar la dosis mínima eficaz y aumentar progresivamente si se precisa. Vigilar la aparición de efectos adversos.

- Educar al paciente y cuidadores sobre la correcta administración de la medicación.

- Mantener un estricto control de la automedicación.

CONCLUSIONES

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

**Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica**

CÓPIA

CÓPIA

Processo nº 01-379/11 William H. Souza
Vinícius Moreira do Nascimento RF: 729753
Assessoria Parlamentar - SMS-G
R. 11.261 - SGP-12 Coord. Assistência Farmacêutica
717.000.0000
SMS-G

Folha de Informação Nº 10

1. En las personas ancianas, se dan una serie de circunstancias que pueden alterar la respuesta a los medicamentos y que hacen necesaria una estrecha vigilancia y seguimiento de los tratamientos (cambios fisiológicos, pluripatologías, insuficiencia hepática y renal, estado nutricional, polimedicación, incumplimiento, automedicación)
2. Los cambios fisiológicos del envejecimiento hacen que por lo general, se deban comenzar los tratamientos con dosis inferiores a las habituales para adultos.
3. La aplicación de criterios de consenso durante la prescripción ayuda al clínico en la toma de decisiones y sirve de herramienta para minimizar los problemas asociados al uso de los medicamentos.
4. La prescripción debe basarse en las normas o principios generales descritos, cuyo principal objetivo es disminuir la polimedicación, aumentar la seguridad y mejorar la adherencia a los tratamientos.

Referências:

Prado C. Fármacos no recomendados en geriatría. In: Bonafont X, Ribas J, editores. Curso de Formación continuada para Farmacéuticos de Hospital IV. 1.ª Ed. Barcelona: Fundación Promedic; 2007. p. 113-137.

CAVIME. Tratamiento farmacológico en el paciente geriátrico. Boletín Farmacoterapéutico Valenciano. 2000; 1. N.º 6

Beobide I, Martinez G, Peris F, Herranz R. Geriatria. In: Curso de Formación continuada en Farmacoterapia de La SEFH. Modulo V. 1.ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2007. p.79-136

Arango VE. Polifarmacia en el anciano. Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF>

Gallagher PF, Barry P, Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2007;32:113-121

Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Arch Intern Med 2003; 163: 2716-24.
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/163/22/2716>

SERCAM. Guía Farmacogeriátrica de la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios; 2004.

Mahony D, Gallagher PF. Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria. Age and Ageing 2008; 37: 138-141.

Assim, a aplicação de critérios para diminuir as consequências de uso inadequado de fármacos deve ser compreendida como parte do processo de prescrição, em seu turno um aspecto do cuidado terapêutico que envolve não apenas o médico prescritor, mas a organização do serviço de saúde, seja básico ou especialista em gerontologia e, ou geriatria,

Processo nº 01-379/11

CÓPIA

William H. Souza
Vilfredo Moreira do Nascimento
RF: 729753

RE: 11.261 - SGP-12

Assessoria Parlamentar - SMS-G

Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência FarmacêuticaPREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

CÓPIA

Folha de Informação Nº 11

a existência de equipes preparadas, a regulação farmacêutica e sanitária no Sistema Único de Saúde, a educação do paciente e sua família e da sociedade.

A crítica aos critérios de Beers apresenta literatura no plano internacional, e foram selecionados alguns estudos:

Bandrés Liso AC, Ferrando Vela J, Martín Algorta I, García Álvarez I. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers?. *Med Clin (Barc)* 2009;132:757-9.

Una de las principales preocupaciones relacionadas con la seguridad en la atención prestada a los ancianos son las prescripciones farmacéuticas. Más del 40% de los sujetos mayores de 65 años usa al menos 5 medicamentos y la polimedicación se relaciona de forma exponencial con un aumento en la incidencia de efectos adversos. Así, la frecuencia de reacciones adversas por medicamentos se sitúa en torno al 6% cuando un sujeto toma 2 medicamentos, en torno al 50% cuando toma 5 medicamentos y en torno al 100% cuando toma 8 o más medicamentos.

El objetivo de este estudio es conocer el consumo ambulatorio de fármacos en sujetos mayores de 65 años que ingresan en un servicio de medicina interna, con el fin de sustituir las prescripciones inapropiadas (PI) que los expone a riesgos innecesarios, y eliminar las prescripciones ineficaces (utilidad terapéutica baja [UTB]), lo que reduciría la complejidad de los tratamientos y mejoraría la adherencia a éstos.

CONCLUSIONES

En sujetos mayores, en los que hay una mayor sensibilidad a los efectos adversos e interacciones de los fármacos, es necesaria una valoración rigurosa de la eficacia y la seguridad de los tratamientos prescritos. Para esto, listados de fármacos inapropiados como el de Beers o de fármacos ineficaces (listado de UTB) son útiles, pero necesitan revisarse y actualizarse periódicamente por parte de los expertos; es preciso eliminar fármacos obsoletos e incluir otros de reciente comercialización, ya que aquéllos son los que presentan más problemas de seguridad y son los causantes de la mayor parte de las reacciones adversas en ancianos

Medicación en el anciano INFAC 2009; 17(6): 31-36

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/medicacion en el anciano.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/medicacion%20en%20el%20anciano.pdf)

La utilización de este tipo de listados de medicamentos inapropiados es controvertida debido a que se apoyan excesivamente en la opinión de los expertos, dadas las escasas evidencias existentes en población anciana.

Además, el uso de algunos fármacos incluidos en las listas de Beers puede estar justificado en pacientes concretos en los que los beneficios superan a los riesgos. Otra de las limitaciones de los criterios de Beers es la necesidad de adaptarlos a las novedades terapéuticas, y su aplicabilidad en países con disponibilidad comercial diferente a la de EEUU^{6,11}.

Otros criterios utilizados para detectar medicación inapropiada en ancianos incluyen, entre otros, los criterios ACOVE, el Medication Appropriateness Index (MAI), y los recientemente desarrollados STOPP/START^{6,9}. Los STOPP son 69 criterios de medicación inapropiada,

CÓPIA

Vinícius Moreira do Nascimento

RF: 11.261 SGP-12

Coordenação da Atenção Básica

Área Técnica de Assistência Farmacêutica

RF 717.054, 6 - SGP
Coord. Atenção Básica
SMS-GPREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

CÓPIA

Folha de Informação Nº 12

organizados por sistemas (cardiovascular, respiratorio,...) que en un estudio¹² han demostrado ser más sensibles que los criterios de Beers en La identificación de pacientes en riesgo de efectos adversos por medicación

inapropiada. Asimismo, los criterios STOPP/START se han desarrollado en Europa y están más actualizados que los de Beers, lo que constituye una ventaja, y, si bien, de momento, los estudios que los utilizan son escasos y no están validados en otros ámbitos, pueden convertirse en una herramienta de utilidad para la mejora de la prescripción en el anciano^{9,12}.*

Por otra parte, los estudios muestran resultados conflictivos en cuanto a la capacidad de estos criterios para predecir eventos adversos, mejorar la calidad de vida o disminuir los costes. Así, en un estudio reciente¹³ se analizó el nº de visitas a urgencias debido a RAM de medicamentos, comparando las debidas a medicamentos incluidos en los criterios de Beers con el resto de medicación. Sólo un 3,6% de las visitas en urgencias por RAM se debían a medicamentos incluidos en los criterios de Beers, mientras que un 47,5% se debían a tres clases de medicamentos:

anticoagulantes/antiagregantes, antidiabéticos y medicamentos de estrecho margen terapéutico (digoxina y fenitoína). Como conclusión, si bien los criterios de Beers pueden seguir siendo útiles para optimizar la selección de medicamentos en personas mayores, hay una oportunidad considerable para reducir eventos adversos en pacientes ancianos mediante intervenciones que mejoren el uso de estas tres clases de medicamentos.

* En el siguiente enlace se pueden consultar los criterios de Beers (tablas 1 y 2) y criterios STOPP/START (tablas 5 y 6) e información relacionada <http://www.cedimcat.info/html/es/dir2472/doc26652.html>

Rochon PA. Drug Prescribing for older adults. Uptodate. Disponible en http://www.uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=geri_med/6960&view=print

Laroche ML, Charnes JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate Medications in the Elderly. Clin Pharmacol Ther. 2009;85:94-97.

Pham CB, Dickman RL. Minimizing Adverse Drug Events in Older Patients. Am Fam Physician. 2007;76:1837-44.

Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age and Ageing. 2008;37:673-79.

Budnitz DS et al. Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Adverse Drug Events in Older Adults. Ann Intern Med. 2007;147:755-65.

Existe gran dificultad para establecer qué tipo de intervención es la más efectiva para mejorar la adherencia y no se ha demostrado que una determinada intervención, aislada o en conjunto, sea eficaz en todos los pacientes, enfermedades o entornos. La mayor parte de los autores considera la combinación de diferentes intervenciones como la mejor estrategia frente a las intervenciones aisladas¹⁶.

En el paciente anciano debe hacerse especial hincapié en reducir en lo posible el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica, mejorar la información en la visita médica o al alta hospitalaria, realizar tarjetas calendario o utilizar organizadores para el manejo de la medicación, mejorar la interacción entre el cuidador y el paciente, y realizar el

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

COPIA

Silviana Garcia
RF 717 811 111
Coord. Área de Assistência Farmacêutica

Folha de Informação Nº 13

seguimiento con llamadas domiciliarias recordatorias. También habrá que intervenir sobre las barreras que dificultan el cumplimiento (problemas de visión, falta de destreza, deterioro cognitivo, dificultad para tragar, ...)¹⁵.

Palop Larrea V, Martínez Mir F. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud 2004;28:113-120.

Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas.2006;13(8).

Herramientas de apoyo a la prescripción

Ya en 1991 aparece la primera publicación de los Criterios de Beers como elemento de apoyo a la prescripción en ancianos¹⁰. La dificultad de encontrar una herramienta adecuada se refleja en los diferentes proyectos realizados a tal efecto, como los propios Beers¹³, el Prescribing Optimization Prescribing Method¹⁸, los criterios ACOVE¹⁷, el Consenso Francés¹⁹, los criterios noruegos de prescripción²⁰ y los Criterios START/STOPP¹¹, por citar algunos. Aunque, como se ha comentado, las primeras publicaciones se realizaron hace casi 20 años, durante los últimos años se ha retomado el desarrollo de diferentes herramientas para el apoyo de la revisión de la medicación en pacientes polimedicados y ancianos¹¹⁻²². La forma de estas herramientas ha cambiado, desde listados de medicamentos inapropiados en ancianos, Criterios de Beers¹⁰, a criterios de prescripción, como los START STOPP¹¹. La finalidad de estas herramientas es poder facilitar la tarea del facultativo a la hora de realizar el análisis de la farmacoterapia del paciente polimedicado.

Callagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment;). Consensus Validation. Int J Clin Pharm and Therap 2008; 46(2): 72-83.

Desse modo, além de as pesquisas apontarem outros instrumentos de vigilância da prescrição que apresentam um aperfeiçoamento dos critérios de Beers para os programas de saúde, continua o debate sobre a importância destas técnicas na adesão terapêutica de idosos que usam múltiplos produtos farmacêuticos, com a aplicação em programas de melhoria em situações reais. Observe-se o exemplo a seguir:

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud – 2010

1. TÍTULO
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD
MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO EN ANCIANOS POLIMEDICADOS.
EDUCACION SANITARIA Y SISTEMAS DE DISPENSACION PERSONALIZADOS DE
MEDICAMENTOS

1. 076

2. RESPONSABLE MERCEDES ARENERE MENDOZA (marener@salud.aragon.es)

- Profesión FARMACEUTICO/A
- Centro HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO Blesa
- Servicio/Unidad .. SERVICIO DE FARMACIA/MEDICINA INTERNA
- Teléfono 976556400 (Ext.163860)

CÓPIA

Vinícius Moreira do Nascimento
William H. Souza
RF: 729753
Assessoria Parlamentar - SMS-G

**Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica**

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

CÓPIA

Folha de informação Nº 14
Solange

Sector ZARAGOZA 3

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

- PEDRO CÍA GÓMEZ-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESÁ-MEDICINA INTERNA
- BEATRIZ AMORES ARRIAGA-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESÁ-MEDICINA INTERNA
- PILAR YAGÜE ÁLVAREZ-SUPERVISORA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESÁ-MEDICINA INTERNA
- FRANCISCO MONTIS PELEGAY-FEA-HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESÁ--SERVICIO DE FARMACIA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

La no adherencia a los tratamientos, supone un grave problema con consecuencias negativas para la salud y unos costes injustificados sobre los sistemas sanitarios. La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública y desde distintas instituciones científicas se incide en la necesidad de poner en marcha medidas para corregirlo¹. Los pacientes ancianos polimedicados constituyen el principal grupo de riesgo de incumplimiento. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los pacientes ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas². En un reciente trabajo, se ha publicado que solo el 30% de los pacientes que toman 8 fármacos, conoce la posología de cada uno de ellos y sólo el 20% de estos pacientes reconocía tomarlos correctamente³. Datos de un estudio realizado en el Sector I de Zaragoza en el 2007 revelaron que los pacientes mayores de 65 años que ingresaban em el Servicio de Medicina Interna consumían ambulatoriamente una media de 7,29 fármacos y además un 24% de ellos tenía prescripciones ineficaces, que complicaban su tratamiento⁴. Esto supone mas de 7 administraciones diarias, lo que se traduce en una polifarmacia difícil de manejar y que puede llevar en muchos casos al incumplimiento.

Mediante este trabajo, se pretende detectar a los pacientes incumplidores y actuar sobre ellos poniendo en marcha distintas medidas que faciliten la adherencia a los tratamientos.

Palop V, Martínez I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud;28:113-120

San Félix J, Palop V, Pereiró I, Martínez -Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calida de los medicamentos consumidos. Aten Primaria 2002; 30:163-70

Leal M, Abellán J, Casa MT, Martínez J. Paciente polimedicado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 33, Nº. 8, 2004 , pags. 451-456

Bandrés AC, Ferrando J, Martín I, García I. Prescripciones ineficaces e inapropiadas en ancianos. ¿Sirven los criterios de Beers? Med Clin 2009 (Barc) Article in press

5. RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR.

Mediante el desarrollo de una estrategia de intervención multidimensional, realizada en equipo (medico- farmacéutico-paciente), se pretende mejorar la adherencia a los tratamientos en los ancianos polimedicados incumplidores que ingresan en Medicina Interna. Para ello se realizarán distintas actividades reflejadas en el punto 7, que han demostrado efectividad en estudios realizados anteriormente. Así, la educación sanitaria a los pacientes mediante la intervención de un farmacéutico há demostrado que aumenta la adherencia de los pacientes con patología cardiovascular, según un reciente estudio, contribuyendo a la disminución del consumo de recursos sanitarios y reduciendo un 4% los ingresos

CÓPIA

Processo nº 01-379/11 William H. Souza fls. 87

RF: 729753

Vincício Moreira do Nascimento Assessoria Parlamentar - SMS-G

RF: 11.281 SGP-12

Coordenação da Atenção Básica

Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Coord. Atenção Básica
SMS-GPREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

CÓPIA

Folha de Informação Nº 15

hospitalarios. La simplificación de los tratamientos por parte del medico, eliminado fármacos innecesarios y estableciendo esquemas posológicos sencillos también contribuye a mejorar la adherencia. El uso de los sistemas personalizados de dosificación (SPD), ha mejorado en países como Canadá o Reino Unido el cumplimiento, pasando al 80% frente al 30% obtenido con la dispensación tradicional. En España, los trabajos realizados con estos sistemas, consiguen un cumplimiento del 99% con un alto grado de satisfacción para el usuario.

Lyra JD, Amaral RT, Abriata JP, Pala JR. Satisfacción como resultado de un programa de Atención Farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirão Preto -São Paulo. Seguir Farmacoter 2005; 3:30*42

Atozqui, Díez Noguera A. Determinación del grado de satisfacción en el uso de un sistema personalizado de dosificación. Pharm Care Esp 2004;6:91-94

7. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

Detección del paciente incumplidor. El farmacéutico realizara una entrevista personal a todos los mayores polimedicados que ingresan durante un mes en medicina interna valorando la adherencia a los tratamientos mediante un método indirecto (test de Morisky-Green-Levine) que esta validado para la población española y que ha mostrado una buena concordancia entre los resultados del test y parámetros objetivables. Se excluyen los pacientes con trastornos psíquicos, demencia o enfermedad neurológica que disminuya su capacidad de memoria. · Comunicación al facultativo responsable de la no adherencia al tratamiento con el fin de que valore la adecuación de los tratamientos (simplificar las pautas, eliminar fármacos innecesarios) y eduque a los pacientes en la adherencia la tratamiento. · Al alta, a todos los pacientes incumplidores detectados se les sensibilizara sobre el uso correcto y racional del medicamento. La labor de educar a los pacientes es una tarea que precisa de la participación activa y de la colaboración de todos los profesionales por lo que participarán en ello el medico, farmacéutico y enfermera. Se proporcionará:

1. Información oral
2. Información escrita. Información gráfica del tratamiento mediante el programa gráfico infowin y material escrito con recomendaciones sencillas dirigidas a facilitar el cumplimiento.
3. Se entregaran sistemas personalizados de dosificación de medicamentos (SPD) semanales. Se seleccionaran a los pacientes que sean capaces o tengan el apoyo suficiente (entorno familiar u oficinas de farmacia) para la preparación semanal de estos sistemas. A los dos meses se realizará un seguimiento telefónico. Se realizará de nuevo el test de Morisky-Green-Levine para valorar si ha mejorado la adherencia al tratamiento.

8. INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Porcentaje de pacientes incumplidores (pacientes incumplidores /total pacientes valorados) · Nº pacientes a los que se facilita SPD/total pacientes susceptibles de recibirlos. · Mejora del cumplimiento terapéutico (% cumplimiento según test Morisky a lo dos meses -% cumplimiento inicial).

9. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Inicio actividades: mayo 2010.

Seguimiento pacientes: julio-agosto 2010

Evaluación programa: octubre 2010

10. PREVISIÓN DE RECURSOS.

· Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos... (*)	540 Eur
· Elaboración material educativo pacientes	60 Eur
Total	600 Eur

11. OBSERVACIONES.



Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Folha de Informação Nº 16

(*) Sistemas personalizados de dosificación de medicamentos PASTILLERO SEMANAL 4 TOMAS DIARIAS
MOD. PASTISEM Cuenta con cuatro compartimentos diarios por cada día de la semana. Tapas correderas de fácil uso. Dimensiones: 15,5 x 10,5 x 2,5 cm. Precio aproximado unidad: 5,40 euros * 100 unidades.

Os trabalhos brasileiros editados, ainda em número insuficiente, embora tenham qualidade, têm apenas identificado o problema da prescrição para idosos. Por exemplo:

Medeiros-Souza Patrícia, Santos-Neto Leopoldo Luiz dos, Kusano Liana Tieko Evangelista, Pereira Maurício Gomes. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2007 Dez [citado 2011 Dez 28]; 41(6): 1049-1053. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000600021&lng=pt. Epub 01-Nov-2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000050>.

<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n6/6063.pdf>

O artigo teve por objetivo comentar estudos sobre polifarmácia em idosos, particularmente em diagnose e controle. O conceito de polifarmácia considera o uso de diversos medicamentos ao mesmo tempo, além da utilização de um fármaco para corrigir o efeito adverso de outro. Por consumirem mais medicamentos para o tratamento de diversas doenças, os idosos são mais vulneráveis ao surgimento de reações adversas. Medidas profiláticas, como a prescrição balanceada, são de fundamental importância para diminuir essas reações, tendo em vista o aumento do tempo de internação, gasto e piora do quadro de saúde do idoso.

Gorzoni Milton Luiz, Fabbri Renato Moraes Alves, Pires Sueli Luciano. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. [serial on the Internet]. 2006 Aug [cited 2011 Dec 28]; 54(4): 353-356. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000400022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000400022>.

<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/21.pdf>

CONCLUSÃO: Critérios de Beers-Fick são úteis para a prevenção do uso de fármacos potencialmente inapropriados em idosos, com a ressalva de que não são completos para medicamentos genéricos brasileiros.

Lucchetti Giancarlo, Lucchetti Alessandra Lamas Granero, Pires Sueli Luciano, Gorzoni Milton Luiz. Critérios de Beers-Fick e medicamentos disponíveis no Programa Farmácia Dose Certa. Sao Paulo Med. J. [periódico na Internet]. 2011 Jan [citado 2011 Dez 28]; 129(1): 17-22. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000100004&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000100004>.

<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v129n1/v129n1a04.pdf>

CONCLUSÃO: A lista de fármacos disponível no Programa Dose Certa pode ser considerada apropriada para a população em geral, mas não totalmente para idosos. Adequá-los a aspectos farmacológicos do envelhecimento reduzirá riscos de interações medicamentosas, quedas, confusão mental e sedação excessiva decorrente de medicamentos considerados impróprios para o consumo de idosos.

CÓPIA

Processo nº 01-379/M

Vinícius Moreira do Nascimento

RE 11.261/SGP-12

Assessoria Parlamentar - SMS-G



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

CÓPIA

Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Folha de Informação Nº 17

É indispensável discutir conceitos como de prescrição ponderada entre benefícios e riscos no processo de organização da assistência aos idosos, conforme apontaram Medeiros-Sousa e cols. acima:

'Balanced prescribing is a process that recommends a medicine appropriate to the patient's condition and, within the limits created by the uncertainty that attends therapeutic decisions, a dosage regimen that optimizes the balance of benefit to harm'

Aronson JK. Balanced Prescribing. Br J Clin Pharmacol 2006 Dec; 62(6):629-32.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885185/pdf/bcp0062-0629.pdf>

Também deve-se considerar que a participação de farmacêuticos ainda não está bem estabelecida na melhoria da prescrição médica:

It is well established that the quality of physician prescribing is suboptimal.^{1, 2, 3, 4, 5} Elderly patients are at risk of potentially inappropriate prescribing because of their need for polypharmacy, increased susceptibility to adverse reactions, greater comorbidity and exposure to multiple prescribers as a result of fragmentation of care.^{1, 2} Elderly people are also at much greater risk of underusing many essential drugs.^{1, 2, 5} How to best reconcile the tension between polypharmacy and adverse effects, on the one hand, and the much larger problem of underuse of drugs and unrealized health benefits, on the other, is not known. Interventions to improve the quality of prescribing are urgently needed.[...]

In summary, the literature on changing physician practice is littered with many good ideas that were prematurely adopted and later found to be ineffective when tested in controlled studies.⁵ For instance, electronic health records with embedded computerized decision support to improve guideline adherence are widely advocated; however, a recent trial found that this intervention could not improve management of asthma or coronary disease in primary care.¹¹ John Sellors and colleagues are to be commended for having a good idea and rigorously testing it. Interventions to improve the quality of care need to be evidence-based and should not be widely adopted until controlled studies demonstrate that they are both safe and more effective than usual care. When usual care involves managing elderly patients' medication regimens with the intent of trying to balance risks and benefits as well as underuse and overuse, a one-off intervention should not be expected to work. Yet, in the search for solutions to prescribing problems, community pharmacists have been a too-often ignored resource. Further trials of integrated, coordinated and ongoing community-based pharmaceutical care interventions are certainly warranted and should be a research priority. Only with the results of these future studies in hand will we know whether consultation with community pharmacists can be added to the short list of methods capable of improving physicians' prescribing practices.

Gurwitz JH, Rochon P. Improving the quality of medication use in elderly patients. *Arch Intern Med* 2002;162:1670.

Lipton HL, Byrns PJ, Soumerai SB, Chrischilles EA. Pharmacists as agents of change for rational drug therapy. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11:485-508.

CÓPIA

**PREFEITURA DE
 SÃO PAULO**
 SAÚDE

CÓPIA

Folha de Informação Nº 18

Allard J, Hebert R, Rioux M, Asselin J, Voyer L. Efficacy of a clinical medication review on the number of potentially inappropriate prescriptions for community dwelling elderly people. *CMAJ* 2001;164(9):1291-6.

Krska J, Cromarty JA, Arris F, Jamieson D, Hansford D, Duffus PR, et al. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing* 2001;30:205-11.

Soumerai SB, Majumdar SR, Lipton HL. Evaluating and improving physician prescribing. In: Strom B, editor. *Pharmacoepidemiology*. 3rd ed. Toronto: John Wiley and Sons; 2000. p. 483-503.

Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):2-45.

Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ* 2003;169(1):17-22.

Singhal PK, Raisch DW, Gupchup GV. The impact of pharmaceutical services in community and ambulatory care settings: evidence and recommendations for future research. *Ann Pharmacother* 1999;33:1336-55.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.

Zhan C, Sangl J, Bierman AS, Miller MR, Friedman B, Wickizer SW, et al. Potentially inappropriate medication use in the community-dwelling elderly: findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey. *JAMA* 2001;286:2823-9.

Eccles M, McColl E, Steen N, Rousseau N, Grimshaw J, Parkin D, et al. Effect of computerized evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2002;325:941-8.

A farmacoterapia em idosos é intervenção extremamente complexa, facilmente perceptível pelo resumo do trabalho abaixo, o que não desmerece a preocupação do legislador.

Boparai MK, Korc-Grodzicki B. Prescribing for older adults. *Mt Sinai J Med*. 2011 Jul-Aug;78(4):613-26. doi: 10.1002/msj.20278.

Pharmacotherapy of the elderly is very complex due to age-related physiologic changes, multiple comorbidities, multiple medications (prescription, over-the counter, and herbal), and multiple providers (prescribers and pharmacies). Age-related physiologic changes and disease-related changes in organ function affect drug handling (pharmacokinetics) and response (pharmacodynamics). In addition, patients' cognitive impairment, functional difficulties, as well as caregiver issues play a large role in errors and compliance. Many older adults have several chronic conditions, and they stand to benefit the most from best practice guidelines. However, they are also at risk of toxicity given our increasingly complex pharmacopoeia and potential adverse effects that can cause morbidity and mortality. It is imperative that physicians learn how to minimize side effects and interactions. Potentially inappropriate medications (medications that pose more risk than benefit to the patient) are among the most important causes of adverse drug reactions, independent of the number of medications and other confounding factors. Many of these adverse drug reactions could be predicted from the known pharmacology of the drug and therefore could be potentially avoidable. To prescribe appropriately, we need to consider not only the pharmacological

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Folha de Informação Nº 19

properties of the drugs, but also clinical, epidemiological, social, cultural, and economic factors. Elders' adherence to prescribed medications is also complex and depends on medical, personal, and economic factors; cognitive status; and relationship with the physician. Detection of nonadherence is a necessary prerequisite for adequate treatment, and patient education is a cornerstone in achieving medication adherence. Finally, appropriate prescribing should include a consideration of life expectancy and goals of care.

O Formulário Terapêutico Nacional 2010 (págs 42-43) já expôs, de modo claro, a não conveniência da aplicação de critérios de Beers:

CÓPIA

Medicamentos inapropriados em idosos

Entre os recursos utilizados para evitar erros de prescrição existem os critérios de medicamentos a serem evitados. Esses critérios são listas de medicamentos e concentrações inapropriadas para pacientes idosos usados para avaliar e evitar problemas de prescrição. Entretanto, a efetividade desses critérios é con-trovertida. O critério de Beers, atualizado em 2003, foi avaliado por Steinman *et al.* utilizando os dados EPOC (Enhanced Pharmacist Outpatient Clinic), um estudo controlado aleatório, com 256 pacientes que utilizavam 3.678 medicamentos. As prescrições foram avaliadas por uma equipe multidisciplinar de especialistas em geriatria, composta por médicos e farmacêuticos, e posteriormente comparadas ao critério de Beers. Cerca de 214 medicamentos (6%) foram identificados pelo critério de Beers como possivelmente inapropriados contra 563 (15%) identificados pela equipe multidisciplinar. É importante ressaltar que tais critérios tem como propósito indicar apenas a fração dos medicamentos cuja impropriedade para idosos tem consenso. Porém, vem sendo demonstrado que mesmo para esses medicamentos, a conveniência ou não depende mais de circunstâncias do que de regras universais.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN_2010.pdf

Relator

José Ruben de Alcântara Bonfim
CRM-SP 20881

2013-0.303.841-6
Carla Regina de Jesus
RF: 611324-00
GERMATA

Parte 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do parecer técnico acima, podemos entender que os critérios de Beers constituem um relação de medicamentos considerados inapropriados para pessoas idosas, através de consenso, estabelecido após consulta a profissionais com expertise em geriatria, farmacologia geriátrica, psicofarmacologia e farmacoepidemiologia.

Foi criado por Beers em 1991, para determinar o uso de medicação inapropriada em idosos residentes em instituições de longa permanência; foi revisto por Beers em 1997, para determinar o uso de medicação potencialmente inapropriada para idosos em geral e ganhou nova atualização em 2003, feita por Fick e colaboradores, que realizaram um consenso com profissionais experientes, validando os critérios inicialmente propostos e revistos.

Processo nº 01-379/11

2013-0.363.841-8

William H. Souza

RF: 729753

Assessoria Parlamentar - SMS-G

Vínculo: Moreira do Nascimento

RF: 11.261 SGP-12

Coordenação da Atenção Básica

Área Técnica de Assistência Farmacêutica

CÓPIA

PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDEFolha de Informação Nº 30

A aplicação de critérios, para diminuir as consequências de uso inadequado de fármacos, deve ser compreendida como parte do processo de prescrição, que, por sua vez, é um aspecto do cuidado terapêutico, que envolve, não apenas o médico prescritor, mas a organização do serviço de saúde, seja ele básico ou especializado em gerontologia e/ou geriatria, além da existência de equipes preparadas, de uma regulação farmacêutica e sanitária no Sistema Único de Saúde e da educação do paciente, de sua família e da sociedade.

Uma das críticas que se faz aos critérios de Beers-Fick é a necessidade de revisão e atualização periódicas, para eliminar medicamentos obsoletos ou em desuso e incluir os mais recentes, com novas tecnologias e que podem oferecer menos riscos na prescrição.

Além disso, há outros critérios, desenvolvidos mais recentemente, que têm demonstrado ser mais sensíveis que os de Beers-Fick, como o ACCOVE, o MAI e o STOPP/START.

É muito importante estabelecer um equilíbrio entre a necessidade de controle de uma condição crônica e o surgimento de efeitos colaterais advindos do uso de um medicamento indicado para o controle da mesma condição. Pode acontecer que este medicamento seja um dos presentes na lista de medicamentos inapropriados. Na falta de opção melhor, o prescritor, muitas vezes, terá de prescrever tal medicamento que, em princípio, é inapropriado para uma pessoa idosa. Não é prudente descartar seu uso apenas por essa razão. Há a necessidade de acompanhamento constante de possíveis efeitos colaterais apresentados pelo idoso que recebeu a prescrição necessária e de intervenção imediata por parte do prescritor e do sistema de vigilância, caso surja o efeito indesejado e maléfico. O prescritor deve ter ciência do que está prescrevendo e seguir a possibilidade de surgimento de um efeito colateral indesejado. Mas, caberá a ele e ao sistema de saúde monitorar os resultados da terapia prescrita. O prescritor necessita de educação permanente e o sistema de saúde deve ser vigilante. Não é responsabilidade única do prescritor.

Na verdade, todo o processo de trabalho da equipe de saúde deve ser adequado, para se conseguir resultados benéficos aos pacientes.

É fundamental observar o custo-benefício de cada prescrição, pois, apesar de inapropriado em princípio, os benefícios podem superar os riscos para aquele paciente. A avaliação clínica é importante e leva em conta muitas outras variáveis, além da inapropriedade de medicamentos para determinada população. Essas outras variáveis podem ser determinantes para a decisão terapêutica.

Ao examinarmos o substitutivo proposto, fazemos, então, as seguintes observações:

1. A redação do artigo 1º do PL nº 0379/11 é falha. Pela legislação brasileira, pessoa idosa ("idosos") é aquela que possui 60 anos ou mais e o PL coloca, apenas, pessoas MAIORES DE 65 ANOS. Portanto, não valeria, em princípio, para os idosos que estão na faixa etária de 60 a 65 anos, valendo a partir dos 66 (sessenta e seis) anos.
2. No entanto, é no parágrafo único do artigo 1º do referido PL que se encontra o motivo maior da dificuldade de sua implementação. Determina "o acompanhamento detalhado com anotação no prontuário do paciente de quaisquer efeitos adversos observados". Acompanhar detalhadamente, a cada ano, as

Processo nº 01-379/11 Assessoria Parlamentar - SMS-G

Vinícius Moreira do Nascimento
RF: 11.251 SGP-12

Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

CÓPIA

Folha de Informação Nº 21

anotações das centenas de milhares de prontuários de consultas de pessoas idosas de toda a rede municipal (hospitais, emergências, visitas domiciliares, atendimentos domiciliares, especialidades e consultas da atenção básica tradicional e da Estratégia da Saúde da Família) torna-se impraticável. Assim, o monitoramento do prontuário, previsto no PL, não terá aplicabilidade prática.

3. Não se nega a importância do conhecimento, por parte de todos os médicos, de critérios adequados de prescrição de medicamentos para pessoas idosas. Mas, tal conduta deve ser implementada por meio de educação permanente e de divulgação periódica e atualizada de informações científicas.

Assim, tendo em vista o parecer técnico e as considerações acima, decidimos pelo VETO TOTAL ao Projeto de Lei nº 0379/11.

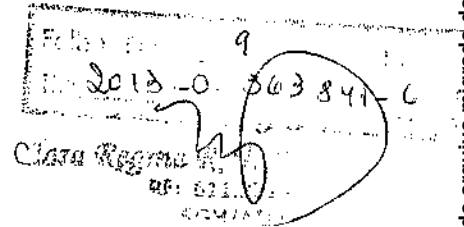
Dirce Cruz Marques

Dirce Cruz Marques
Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa

Coordenação de Atenção Básica
SMS.G





PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Haimundo Tavares dos Santos
Assessoria Jurídica SMS-G

Folha de informação nº 22 do TID nº 8487276

(Memorando nº 788/2011-ATL III), em 5 de janeiro de 2012 (a)

Folha nº 82 do

SMS.G/Assessoria Parlamentar
Senhor Assessor,

CÓPIA

Processo nº 01-379/11
2013-0. Vinícius Moreira do Nascimento
RF. 11.261- SGP-12
Clara Regina

Trata o presente da análise do PL nº 379/11, que objetiva condicionar a prescrição de medicamentos para pessoas maiores de 65 anos, nos equipamentos da rede pública de saúde, à consulta prévia dos critérios de Beers-Fick.

Conforme esclarecido às fls. 02, "os critérios Beers-Fick consistem de uma lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos de 65 ou mais anos de idade se subdividindo em duas categorias: a) medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica; b) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas".

Ainda de acordo com a proposta legislativa, a prescrição de medicamentos constantes da referida lista ensejará o acompanhamento detalhado do paciente com anotação em seu prontuário de quaisquer efeitos adversos observados.

Em razão da matéria, o projeto foi encaminhado a esta Secretaria, para análise e manifestação, com vistas a subsidiar a deliberação do senhor Prefeito quando da sanção ou veto da propositura.

É o relatório.

Como visto trata-se de projeto de lei que visa à proteção da saúde de pessoas maiores de 65 anos.

Nos termos do art. 24, XII, da Constituição Federal, a iniciativa para legislar sobre proteção e defesa da saúde compete, concorrentemente, à União, aos Estados e ao Distrito Federal, restando aos



**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Assessoria Parlamentar - SMS-G

Flamindo Tadeu das Neves
Assessoria Jurídica / SMS-G
RF: 533.344.3

Folha de informação nº 23 do TID nº 8487276

(Memorando nº 788/2011-ATL III), em 5 de janeiro de 2012 (a)

CÓPIA

Municípios competência para suplementar a legislação federal e estadual no que couber (art. 30, II, CF).

Folha nº 83 de

Portanto, juridicamente, nada obsta o prosseguimento da proposta.

Processo nº 01-379/11
Vinícius Moreira do Nascimento
RF: 11.251-SGP-12

Porém, quanto ao mérito, a proposta legislativa em análise não reúne condições de se converter em lei pelas razões expostas no parecer técnico contrário à propositura, elaborado, em conjunto, pelas Áreas Técnicas de Assistência Farmacêutica e de Saúde da Pessoa Idosa, ambas desta Pasta (fls. 08/21).

Diante do exposto, proponho a devolução deste expediente a SGM/ATL, com a proposta de veto total ao PL em comento.

São Paulo, 5 de janeiro de 2012.

LAERCIO CARDOSO DA SILVA
Procurador do Município
DAB/SF nº 103.589
SMS.G/AJ

De acordo.

HELOISA HELENA FERREIRA DA SILVA ANDRADE CRUZ
Procuradora do Município
Assessora Jurídica Chefe Substituta
SMS.G/AJ

2013-0.362-841-6
Carla Regina R. M. Nascimento
RF: 611.211.00

CÓPIA

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

Processo nº 01-379/11
Vinícius Moreira do Nascimento
William H. Souza
RF: 729753
Assessoria Parlamentar - SMS-G

Folha de informação nº24.

TID8487276

Do Memo788/2011- ATL III em 10.01.2012

a)

Eue
Eugenio M. Nascimento Silva
PF 596.524.112
Assessoria Parlamentar
SMS-G

INTERESSADO: SGM / ATL - III

ASSUNTO: Solicita análise e manifestação sobre o Projeto de Lei nº 379/2011, de autoria do Legislativo (Ver. Gilberto Natalini).

A
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

CÓPIA

2013-0.363 8412
Casa Regia

Em atendimento a solicitação de V. Sa. a matéria em pauta foi encaminhada para pronunciamento das áreas técnicas competentes desta Pasta.

Ante ao exposto, pela área técnica de Assistência Farmacêutica, pela área técnica de Saúde da Pessoa Idosa e Assessoria Jurídica desta Pasta o Projeto de Lei nº 379/2011, não reúne condições para se converter em lei . Razão pela qual, recomendamos **VETO TOTAL** ao Projeto de lei em comento.

São Paulo, 10 de janeiro de 2012.

[Assinatura]
LUIZ LACORTES
Assessor Parlamentar
SMS-G

[Assinatura]
JANUÁRIO MONTONE
Secretário Municipal da Saúde
SMS -G

S.G.M.-S.E.
14 JAN 2012
ma 10129
RECEBIDO HOJE

whs



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa

Processo nº 01-379/11
Viniúis Moreira do Nascimento
RF: 11.261- SGP-12

Folha de informação nº 23

folha

Do Memorando nº 797/2013 – ATL III
TID nº 11119694

10/09/2013 (a) *Sandra Garcia Held Ragozi*
RF 717.884.8 - AGIRP
Coord. Atensão Básica
SMS-G

INTERESSADO: SGM/ATL

CÓPIA

ASSUNTO: Análise e manifestação fundamentada sobre o Projeto de Lei nº 379/11, nos termos do substitutivo anexo

Em tramitação contínua

SMS.G
ASSESSORIA JURÍDICA
RICARDO MARCONDES MARTINS

13
2013-0.303'841-6
Carla Regina R. C.
RF: 611.321.000
SGM/ATL

CÓPIA

Encaminhamos o presente com as considerações das Áreas Técnicas de Assistência Farmacêutica e de Saúde da Pessoa Idosa:

1. O substitutivo de que trata o presente (fls. 03) mantém o mesmo conteúdo que recebeu as considerações das duas Áreas Técnicas em 3 de janeiro de 2012, em resposta ao Memorando nº 788/2011 – ATL III (fls 05 a 18).
2. A redação do artigo 1º do substitutivo é falha. Pela legislação brasileira, pessoa idosa (“idosos”) é aquela que possui 60 anos ou mais e o substitutivo se refere, apenas, a pessoas MAIORES DE 65 ANOS. Portanto, não valeria, em princípio, para os idosos que estão entre 60 e 65 anos, tendo validade a partir dos 65 (sessenta e cinco) anos completos.
3. No parágrafo único do artigo 1º do referido substitutivo continua o motivo maior quanto à futura execução do substitutivo, caso seja aprovado. Determina “o acompanhamento detalhado com anotação no prontuário do paciente de quaisquer efeitos adversos observados”. Acompanhar detalhadamente, a cada ano, as anotações das centenas de milhares de prontuários de consultas de pessoas idosas em toda a rede municipal (hospitais, emergências, visitas e atendimentos em domicílios, consultas de

SMPP/smpp

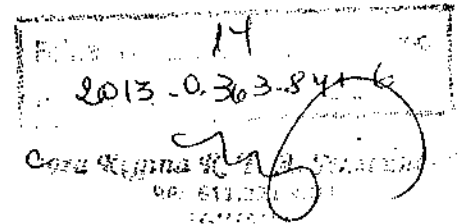
especialidades e na Atenção Básica e na Estratégia da Saúde da Família, a realização impossível nas circunstâncias de atendimento hoje existentes (falta de prontuário eletrônico e de sistema que informe ao prescritor a possibilidade de eventos adversos e de interações farmacológicas com eventual dano, além de não facultar o trabalho de acompanhamento realizado por outros profissionais).

4. Assim, "o acompanhamento detalhado com anotação no prontuário do paciente", previsto no substitutivo, não terá aplicação prática.
5. Reiteramos o Parecer Técnico (fls. 05 a 16) e as Considerações Finais (fls. 16 a 18), expedidos àquela data (03/01/2012) e que estão como cópia no presente.
6. Assim, tendo em vista o Parecer Técnico e as Considerações de 3 de janeiro de 2012 (fls. 05 a 18), a análise do substitutivo, que mantém a mesma estrutura e conteúdo do PL original e as novas considerações, decidimos pelo VETO TOTAL ao substitutivo do Projeto de Lei nº 0379/11.

CÓPIA

CÓPIA

10/09/2013



Dirce Cruz Marques
Dirce Cruz Marques

Área Técnica de Assistência Farmacêutica

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa



**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha de informação nº

do TID nº 11119694

(Memorando nº 797/2013-ATL III), em 18 de setembro de 2013 (a)

SMS.G/AJ

Senhor Assessor Jurídico Chefe,

CÓPIA

15
2013-0.363.341-6
Clara Regina
RF: 11.261 - SGP-12

Trata o presente de análise do PL nº 379/11, que objetiva condicionar a prescrição de medicamentos para pessoas maiores de 65 anos, nos equipamentos da rede pública de saúde, à consulta prévia dos critérios de Beers-Fick.

Conforme exposto às fls. 02, "os critérios Beers-Fick consistem de uma lista de fármacos potencialmente inapropriados a adultos de 65 ou mais anos de idade se subdividindo em duas categorias: a) medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica; b) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas".

Ainda de acordo com a proposta legislativa, a prescrição de medicamentos constantes da referida lista ensejará o acompanhamento detalhado do paciente com anotação em seu prontuário de quaisquer efeitos adversos observados.

Em razão da matéria, o projeto foi encaminhado a esta Secretaria, para nova análise e manifestação (fls. 01), com vistas a subsidiar a deliberação do senhor Prefeito quando da sanção ou veto da propositura.

É o relatório.

Conforme assentado às fls.19/20, cujo parecer reitero, sob o aspecto jurídico, entendo não haver nenhum óbice à aprovação da proposta legislativa, cuja matéria enquadra-se na competência suplementar do Município, por força do disposto no art. 30, II, da CF.

Ademais, no caso em questão, a proposta legislativa estabelece ação voltada à proteção da saúde de pessoas idosas, cuja competência é extensiva ao município.

**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Márcio Moreira do Nascimento
RF: 11.261-90 GP: 12

Folha de informação nº do TID nº 11119694

(Memorando nº 797/2013-ATL III), em 18 de setembro de 2013 (a)

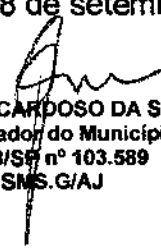
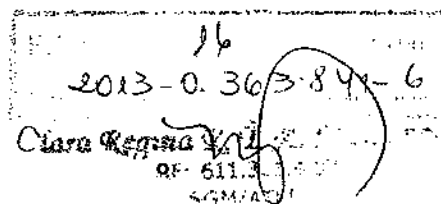
Com efeito, conforme disposto no art. 10, II, da Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (Estatuto do Idoso), a implementação de ações de saúde voltadas à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas, compete aos órgãos e entidades públicos.

Por sua vez, o art. 9º, I, do Decreto Federal nº 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei nº 8.842/94, estabelece que, "ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete: (I) garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS".

Portanto, reitera-se que, sob o aspecto jurídico, nada obsta o prosseguimento da proposta.

Porém, quanto ao mérito, a proposta legislativa em análise não reúne condições de se converter em lei pelas razões expostas no parecer técnico reproduzido às fls. 05/18 e reiterado às fls. 23/24, razão pela qual sugiro a devolução deste expediente a SGM/ATL, com a proposta de veto total ao PL em comento.

São Paulo, 18 de setembro de 2013.


LAERCIO CARDOSO DA SILVA
Procurador do Município
OAB/SP nº 103.589
SMS.G/AJ



**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Processo nº 01-549/11

Enéas Moreira do Nascimento

RF 11.261-8GP-12

Folha de informação nº

do TID nº 11119694

(Memorando nº 797/2013-ATL III), em 18 de setembro de 2013 (a)

SMS.G

Senhor Assessor Parlamentar,

CÓPIA

À vista da manifestação da Assessoria Jurídica que acolho, encaminho o presente a Vossa Senhoria para as demais providências cabíveis, sugerindo o veto total ao Projeto de Lei nº 379/11, em razão das manifestações técnicas desfavoráveis à proposta legislativa.

São Paulo, 18 de setembro de 2013.

RICARDO MARCONDES MARTINS
Chefe de Assessoria Jurídica
OAB/SP 180.005
SMS.G

17
2013-0303 841-6
Clara Regina S. N. S.
RF: 612.111.111
ACM

Folha de informação nº 28.

TID 11119694

Do Memo.797/2013 - ATL III em 20.09.2013

a)


William Hélio de Souza
Rf. 729753

INTERESSADO: SGM / ATL - III

ASSUNTO: Solicita análise e manifestação fundamentada sobre o Projeto de Lei nº 379/2011, nos termos do Substitutivo anexo.

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

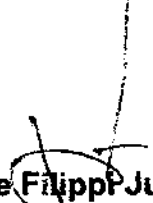
CÓPIA

18
2013-0.363 841-6
Cadastrado em 20/09/2013
Rf. 611.111

Em atendimento a solicitação de Vossa Senhoria, a matéria em pauta foi reencaminhada para pronunciamento das Áreas Técnicas competentes desta Pasta, quanto à viabilidade, nos termos do substitutivo.

Ante ao exposto, pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa da Coordenação da Atenção Básica e Assessoria Jurídica, juntadas às fls.23/24/25/26 e 27, e, em que pese os relevantes propósitos conforme demonstrado pelas Áreas Técnicas, o projeto de Lei nº 379/2011, não reúne condições para se converter em Lei. Ressaltando, ainda, que a propositura encontrará dificuldade em seu prosseguimento. Razão pela qual, nesta oportunidade reiteramos **VETO TOTAL** ao Projeto de Lei em comento.

São Paulo, 20 de setembro de 2013.


José de Filipp Junior
Secretário Municipal da Saúde
SMS - G

MMF/whs



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa

Folha de informação nº 22

12/05/2014 (a)

TID nº 11119694

Processo nº 2013-0.363.841-6

PL – 379/11

INTERESSADO: PMSP – Secretaria do Governo Municipal

ASSUNTO: Determina a consulta aos critérios de Beers-Fick antes da prescrição de medicamento a idosos nos equipamentos de saúde da rede pública, e dá outras providências. Ver. Natalíni. Pedido de Subsídios (OF. SGP 12 nº 580/13)

SMS.G

REJANE CALIXTO GONÇALVES

COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

CÓPIA

Em atenção ao solicitado pela Comissão de Finanças e Orçamento da Câmara Municipal de São Paulo em fls 3, listamos abaixo as respostas às indagações:

1º Existiriam custos para a implementação da propositura? Em caso afirmativo quais seriam?

Em que pese que as Áreas Técnicas considerem que os Critérios de Beers-Flick não necessariamente sejam o melhor método para minimizar os efeitos adversos de fármacos em idosos, qualquer iniciativa de implantação de ações incide em custos. Nesse caso, no curto prazo, existe o custo de capacitação dos profissionais prescritores para a rede que é composta de 989 serviços e em médio prazo, quando da implantação do prontuário eletrônico, o custo da produção de um sistema eletrônico de consulta do prescritor no momento da prescrição de medicamentos.

2º Existem ações da Prefeitura Municipal, em planejamento ou em execução, que venham ao encontro do pretendido projeto?

Enquanto não se institui o prontuário eletrônico as Áreas de Assistência Farmacêutica e Saúde da Pessoa Idosa planejam uma capacitação para médicos e

DSC/dsc

dentistas da rede municipal de saúde, no segundo semestre de 2014 como primeiro passo sensibilizar os profissionais sobre a importância da prescrição cuidadosa em pacientes idosos.

O conteúdo teórico está sendo definido, porém outras bases além do critério de Beers-Flick deverão ser consultadas.

CÓPIA

3º Qual a opinião do Executivo sobre o projeto?

É louvável o interesse dos legisladores municipais quanto à melhoria da qualidade de assistência à crescente população de idosos que procuram a rede pública de saúde. No entanto, as proposições devem ter caráter técnico, não só indiscutível, mas de aplicação possível, mesmo que de longo prazo. As áreas técnicas da SMS acolheriam, com entusiasmo, todas as iniciativas que influíssem na destinação de recursos, para realizar o intenso aperfeiçoamento de profissionais de saúde, envolvidos no cuidado ao idoso, especialmente médicos, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e educadores físicos.

No caso de prescrição de fármacos, a máxima "quanto menos, melhor", deveria ser a atitude permanente, pois gera a primeira condição para o uso seguro de produtos farmacêuticos, o que previne a possibilidade de não ser necessária a aplicação de qualquer critério, para evitar tratamentos farmacológicos em potência inadequados.

Assim, a plena aplicação de critérios de Beers-Fick modificados requer contínuo aperfeiçoamento técnico, uma vez que é necessária, para o acompanhamento estreito de uso de fármacos, a aplicação de prescrição eletrônica em tempo real e intervenções, para diminuir eventos farmacológicos adversos em idosos e melhores resultados para o paciente.

Dirce da Cruz Marques

DIRCE DA CRUZ MARQUES
 Assistente Técnico
 Área Téc.de Assistência Farmacêutica

12/05/2014

Sérgio Márcio D. Pacheco
SERGIO MARCIO PACHECO PACHOAL
 Assistente Técnico
 Área Téc. de Saúde da Pessoa Idosa

Do Processo 2013-0.363.841-6

Folha de Informação nº 24
em 13/05/2014 (a)

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

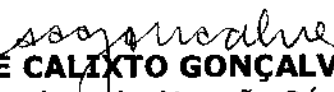
Assunto: Projeto de Lei 379/2011, de autoria do Vereador Natalini, que determina a consulta aos critérios de Beers-Fick antes da prescrição de medicamentos a idosos nos equipamentos de saúde da rede pública.

À
SMS-G / Assessoria Parlamentar
Dr. Euripedes Balsanufu Carvalho

CÓPIA

Em atenção ao solicitado à folha 20, restituímos o presente com a ciência e manifestação das áreas técnicas de Saúde da Pessoa Idosa e Assistência Farmacêutica, às folhas 22/23, para prosseguimento.

São Paulo, 13 de maio de 2014.


REJANE CALIXTO GONÇALVES
Coordenadora da Atenção Básica
SMS-G

/efs



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Assessoria Parlamentar

Folha nº 94 s. 106 d.
 Processo nº 01-379/11
 Vinícius Moreira do Nascimento
 RF. 11.261 - SGP-12

Folha de Informação nº 25

Do Processo nº 2013-0.363.841-6 em 15.05.2014

a)
 William Hélio de Souza
 RF:729753

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo

ASSUNTO: Projeto de Lei nº 379/2011, de autoria do Vereador Natalini, que determina a consulta aos critérios de Beers-Fick antes da prescrição de medicamentos a idosos nos equipamentos de saúde da rede pública. Pedido de subsídios.

À
SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

CÓPIA

Em atendimento à solicitação de V.Sa., segue o presente com as informações prestadas pela **Áreas Técnicas da Assistência Farmacêutica** da **Saúde da Pessoa Idosa da Coordenação da Atenção Básica**, juntadas às fls.22/23.

São Paulo, 15 de maio de 2014.

Carmarie Guimarães Perez
 Chefe de Gabinete
 SMS - G

Euripedes Balsanito Carvalho
 R.F. 509.056-1
 Assessor Técnico
 SMS-G

EBC/whs

Segue(m) juntado(s), nesta data,
documento(s) rubricado(s) sob n°(s)
95a - e folha de informação
sob n° - 28.04.16


Roberto Cassio Gonçalves
Assistência Parlamentar
RF 101.252 - SGP.



**CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO**

95 fls. 108
-oita nº do Processo
nº PL 339 de 2011
Roberto César Gonçalves
RP 107.252

PAR

586/2016

PARECER Nº

DA COMISSÃO DE FINANÇAS E

ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 379/2011

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador Gilberto Natalini, visa estabelecer a obrigatoriedade de consulta aos critérios de Beers-Fick no atendimento de pacientes idosos nos equipamentos de saúde da rede pública municipal.

Os critérios Beers-Fick consistem em uma lista de fármacos potencialmente inapropriados para adultos com 65 ou mais anos de idade, subdividindo-se em duas categorias: a) medicamentos ou classes deles que deveriam ser evitados em idosos, independentemente do diagnóstico ou da condição clínica; b) medicamentos ou classes deles que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas.

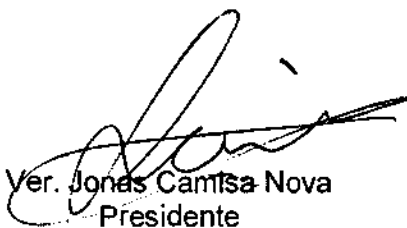
O parágrafo único do art. 1º da propositura determina que deverá ser elaborado, pela Secretaria Municipal de Saúde, um formulário próprio para relato de ocorrências de Reação Adversa a Medicamento (RAM), que constará do prontuário médico destes pacientes, quando da prescrição de drogas contidas nos referidos critérios de Beers-Fick. Na sua justificativa, o nobre autor ressalta que o objetivo da propositura "é garantir uma monitoração mais adequada ao tratamento dos idosos e evitar grande número de atendimento de emergência causado por reação adversa ao medicamento".

A douta Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa apresentou substitutivo, visando adaptar o projeto à melhor técnica de elaboração legislativa.

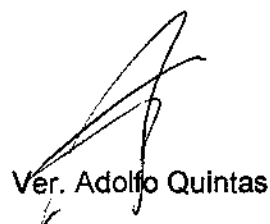
Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor à propositura, visto que as despesas de sua execução serão cobertas por dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer, nos termos do mencionado substitutivo da Comissão de Constituição, Justiça e Legislação Participativa.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 27/04/2016.

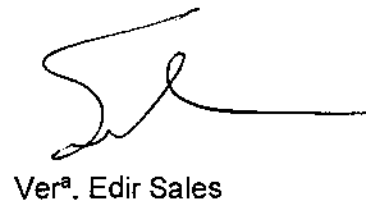

Ver. Jones Camisa Nova
Presidente


Ver. Abou Anni


Ver. Adolfo Quintas


Ver. Atilio Francisco


Ver. Aurélio Nomura


Ver.ª. Edir Sales


Ver. Jair Tatto


Ver. Ota


Ver. Ricardo Nunes
Relator

RELCOM

602/2016

PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL
DE 28/04/16
Pág. 191 Col. 03
Conferido RD

Roberto Cassio Gonçalves
Operador de Computador
RF 101.252

A SGP 21

São Paulo 28/04/16

Roberto Cassio Gonçalves
Operador de Computador
RF 101.252