autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÓPIA

Folha nº 62 fls. 109 do proc. nº 01-237 de 2003

André Marconi RF 11264

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Folha de informação nº 20.

Do Processo nº 2010.0.233.247 - 4 em 29.09.2010 a) Marisa T. Riguetti 6876269

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo.

ASSUNTO: Pedido de Subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange).

À

SGM/ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

Em atenção a solicitação de V.Sa. segue manifestação desta Pasta, exarada às fls. 15/18, com anexo à fl.14, referente ao pedido de subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 237/03.

Quanto a viabilidade ou inviabilidade da matéria em pauta reiteramos as considerações já formuladas por ocasião da análise do Projeto de Lei nº 186/05, que trata do mesmo objeto, inclusive com o oferecimento de proposta Substitutiva elaborada pela Área Técnica desta Secretaria.

São Paulo, 29 de setembro de 2010.

Ivan Cáceres
Assessor Parlamentar
SMS.G

ODENI DE ALMEIDA
Chefe de Gabinete
SMS.G

S.G.M.-A.T.L.
01 OUT 2010
RECEBIDO

S.G.M.-G.E.
01 OUT 2010
RECEBIDO HOJE

mtr

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Segue 1 juntado 1 neste data
Documento 1 e papel de informação
Rubricado 1 sob folha 109 e 1
Em 14/11/12
André Marcondes
Técnico Administrativo
RF 11.264

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 63

Andre Marcon – RF 11264 – SGP.15

do processo n.º 01-0237 de 2003 22/03/11

Redistribuído ao nobre Vereador

Para Relatar,
Sala da Comissão de Finanças e Orçamento
Em _____ de _____ de _____

Presidente

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425

Segue 1 juntado 1 nesta data
Documento 1 e papel de informação
Rubricado [illegible] sob folha 64 a 65
Em / /

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF-101.123

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Folha nº. 64 do proc.
nº. 237 2003

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF. 101.123

Senhor Presidente:

Solicito de V.Exa. as providências cabíveis a fim de que o Executivo responda aos seguintes quesitos sobre o Projeto de Lei n° 237/2003:

1°) A fls. 60 do processo, há manifestação da Secretaria Municipal de Saúde sobre a importância da promulgação de lei criando o Programa Municipal de Hepatites Virais (PMHV), englobando tanto a Hepatite C como a B. Considerando que o PMHV já está em atividade desde 2002 (fls. 57 do processo), mesmo não existindo lei municipal especifica para tal programa, qual a opinião do Executivo sobre transformar em lei a execução apenas do programa referente à hepatite C, como quer a propositura?

2°) Há custos adicionais caso o PMHV, ou a parte referente à Hepatite C, tema da propositura, se transforme em lei? Se há:

a) Quais são (Por exemplo, custos adicionais com a adaptação da rede pública municipal e com pessoal especializado para acompanhamento e controle dos casos, custos com a elaboração e divulgação do banco de dados citado no projeto, custos adicionais com a obrigatoriedade de campanhas de prevenção sobre a doença)?
b) Quais seriam seus valores estimados?

3°) Como avalia os custos e benefícios de transformação do referido programa em lei?

Ver. Antonio Carlos Rodrigues, em
Presidente da Comissão
de Finanças e Orçamento

Autorizo o encaminhamento, nos termos do artigo 46, inciso VIII, do Regimento Interno.

Ver. José Police Neto
Presidente

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 65 do proc. fls. 114
nº. 237 de 2003
Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

São Paulo, 04 de abril de 2011.

25 - OF-SGP15
25- 00096/2011

Senhor Prefeito,

Em atenção ao deliberado pela Douta Comissão de Finanças e Orçamento, e nos termos do art. 68 do Regimento Interno, encaminho a Vossa Excelência fotocópia do Projeto de Lei nº 237/2003, de autoria do Vereador Paulo Frange, que *cria o "Programa Municipal de Prevenção, Controle e Orientação à Hepatite C" no Município de São Paulo, e dá outras providências",* solicitando que nos envie subsídios 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 POLICE NETO
Presidente

Anexo: Fotocópia do PL 237/2003 e do pedido da Comissão solicitante.

S.G.M - A.T.L.
08 ABR 2011
RECEBIDO
Marlene Gimenes Geraldes Antonelli
RF: 548.562.2.00
SGM/ATL

A Sua Excelência o Senhor
Doutor Gilberto Kassab
Digníssimo Prefeito da Cidade de São Paulo.

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

juntado ____, nesta data

...mento ____ e papel de informação

Rubricado ____ sob folha 66 e 73

Em 06/06/2011

Alice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF.

autuado por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 66 do proc. nº 237 de 2003

Prefeitura do Município de São Paulo

São Paulo, 1º de junho de 2011.

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente de Vereador
RF- 104.123

GABINETE DO PREFEITO

Ofício A. I. L. nº 177/11 - C

Ref.: OF-SGP 15 nº 00096/2011
Processo nº 2010-0.233.247-4

15 - DOCREC
15- 01772/2011

Senhor Presidente

Reportando-me ao ofício epigrafado, em atendimento ao pedido de subsídios da Comissão de Finanças e Orçamento, encaminho a Vossa Excelência cópia das informações prestadas pelos órgãos municipais competentes acerca do Projeto de Lei nº 237/03, de autoria do Vereador Paulo Frange, que cria o Programa Municipal de Prevenção, Controle e Orientação à Hepatite C no Município de São Paulo.

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

NELSON HERVEY COSTA
Secretário do Governo Municipal

Ao
Excelentíssimo Senhor
JOSÉ POLICE NETO
Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de São Paulo

JAM/MRCPS/lcgs
Resp 237-03

DSP - SGP 22 - 02/06/2011 - 11:50 - 001090 - 1/1

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

À Comissão de Finanças, Orçamento
Em 02/06/2021
Jader Augusto Pimenta
Supervisor - SGP.22
RF. 10.860

RECEBIDO NA COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO
02/06/21 às 17 h

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 236 do Proc. nº 2003 fls. 118
Vera Nice Nogueira Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

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

Do processo 2010-0.233.247-4 em 28/04 /2011 Folha de informação nº 32

Roberta Andréa de Oliveira
RF 758.549.7
COVISA/CCD

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo
Assunto: Projeto de Lei nº 237/03 que institui o Programa Municipal de Prevenção, Controle e Tratamento das Hepatites Virais

A Coordenação da COVISA
Sra. Coordenadora

CÓPIA

Em atendimento à solicitação do 2º pedido de subsídios referente ao Projeto de Lei nº273/03, de autoria do legislativo, encaminhamos as respostas aos quesitos formulados na fl. 26:

a) em relação ao primeiro questionamento informamos que não há condições na rede municipal , tanto para assistência, vigilância epidemiológica (banco de dados) e prevenção de promover a dicotomia de ações do programa entre Hepatites B e C.

b) em resposta a segunda pergunta informamos que os custos adicionais no momento seriam os relativos à adaptação da rede municipal e com pessoal especializado necessário ao atendimento do paciente com Hepatite B/C e suas complicações ao longo dos anos.. Os exames laboratoriais de diagnóstico já são realizados pelo Laboratório Municipal Sudeste (Ipiranga). O medicamento para tratamento é fornecido pelo Ministério da Saúde, de acordo com os protocolos existentes.

c) quanto aos valores estimados já se encontram nas págs. 16 a 18.

d) em relação aos custos e benefícios, a transformação do programa em lei possibilitará o respaldo legal para a execução das ações do Programa nos serviços de saúde.

São Paulo, 28 de Abril de 2011

Rosa Maria Dias Nakazaki
Gerente do Centro de Controle de Doenças
COVISA/SMS

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 68 do proc. nº 237 de 2003

Vereador Paulo Frange
Assistente Parlamentar
RF. 101.123

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

Folha de Informação nº 33

Do Processo nº 2010.0.233.247-4 em 28/04/2010 (a) Simone Rabelo da Silva

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Pedido de subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento referente ao Projeto de Lei nº 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange)

CÓPIA

À
SMS.G - Assessoria Parlamentar
A/C Sr. Ivan Cáceres

Restituímos o presente com a manifestação da Gerência do Centro de Controle de Doenças às fls. 32, para o que mais couber.

São Paulo, 28 de Abril de 2011.

INÊS SUAREZ ROMANO
Coordenadora de Vigilância em Saúde
COVISA/SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ASSESSORIA PARLAMENTAR
Nº CONTROLE | ENTRADA 02/05/11 | SAÍDA

Rua Santa Isabel, 181 - Vila Buarque - São Paulo - SP - CEP 01221 - 000
Tel.: 3397-8202 / 3397-8350
www.prefeitura.sp.gov.br/covisa

covisa COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 2369 do proc. nº 237 de 2003

fls. 120

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Assistente Parlamentar RF. 101.123

Folha de Informação nº 34.

Do Processo nº 2010.0.233.247 - 4 em 03/05/2011

a) Marisa Tavares Nogueira
Assessoria Parlamentar
SMS G

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo.

ASSUNTO: Pedido de Subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange).

CÓPIA

À
SGM/ ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

Em atenção a solicitação de V. Sa. às fls. 28, segue o presente com as informações prestadas pela Área Técnica competente desta Pasta.

São Paulo, 03 de maio de 2011.

Ivan Cáceres
Assessor Parlamentar
SMS.G

ODENI DE ALMEIDA
Chefe de Gabinete
SMS-G

S.G.M.-A.T.L.
05 MAI 2011
RECEBIDO

mtr

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº. 2370 do proc. fls. 121
nº. 2009

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

Assistente Parlamentar
RF- 101.123

Folha de Informação nº 35

Do Processo nº 2010.0.233.247-4 em 09/05/2011 (a) Simone Rabello da Silva RF 781.750 COVISA

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo CÓPIA

Assunto: Pedido de subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento referente ao Projeto de Lei nº 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange)

À
Gerência do Centro de Controle de Doenças
Senhora Gerente

Retornamos o presente para alteração do item "d" nas informações prestadas às fls.32, para não deixar dúvidas quanto à inviabilidade do PL nº 237/03.

São Paulo, 09 de Maio de 2011.

INÊS SUAREZ ROMANO
Coordenadora de Vigilância em Saúde
COVISA/SMS

Rua Santa Isabel, 181 - Vila Buarque - São Paulo - SP - CEP 01221 - 000
Tel.: 3397-8202 / 3397-8350
www.prefeitura.sp.gov.br/covisa

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 237 de 2003 fls. 122
Vera Lúcia Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

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

Folha de Informação nº 36

Do Processo 2010-0.233.247-4 **em 19/05 /2011** **(a)** Neli Gomes de Brito Fonseca RF 514 537 COVISA/CCD

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Pedido de Subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento referente ao Projeto de Lei nº. 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange)

CÓPIA

À
COVISA-G
SRA. COORDENADORA

Em atenção ao solicitado a folha 35, solicitamos a alteração do item "d" da folha 32 para:

"d": quesito prejudicado em razão da resposta ao quesito "a" da folha 32.

São Paulo, 19 de maio de 2011.

Luiz Cláudio Ferreira Espíndola
Respondendo pela Gerência do Centro de Controle de Doenças
COVISA/SMS

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 2372 do proc. nº 203 de 203

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF. 781.123

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

Folha de informação nº 32

Do Processo nº 2010-0233.247-4 em 20/05/2011 (a)

Edson Fontes
RF. 781.029.600
AGPP

Interessado: Câmara Municipal de São Paulo

Assunto: Projeto de Lei nº 237/03, que institui o Programa Municipal de Prevenção, Controle e Tratamento das Hepatites Virais.

CÓPIA

SMS

Assessoria Parlamentar

Sr. Ivan Cáceres

Retornamos o presente com as nossas providências, para o que mais couber.

São Paulo, 20 de maio de 2011.

INÊS SUAREZ ROMANO
Coordenadora de Vigilância em Saúde
COVISA-G/SMS

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 237 do proc.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Assessoria Parlamentar
RF - 101.123

Folha de informação nº ~~34~~ 38.

Do Processo nº 2010.0.233.247 - 4 em 03/05/2011 a) Marisa Toledo Riguetti
RF 626.963
Assessoria Parlamentar
SMS-G

INTERESSADO: Câmara Municipal de São Paulo.

ASSUNTO: Pedido de Subsídios apresentado pela Comissão de Finanças e Orçamento, referente ao Projeto de Lei nº 237/03 de autoria do Legislativo (Vereador Paulo Frange).

CÓPIA

À
SGM/ ATL - Chefia
Senhora Assessora Especial

Segue o presente com as manifestações da Área Técnica competente desta Pasta, exaradas às fls. 35 e 36, em complemento a manifestação anterior de fls. 33.

São Paulo, 24 de maio de 2011.

Ivan Cáceres
Assessor Parlamentar
SMS.G

ODENI DE ALMEIDA
Chefe de Gabinete
SMS-G

S.G.M.-S.E.
27 MAI 2011
RECEBIDO HOJE

S.G.M.-A.T.L.
27 MAI 2011
RECEBIDO

mtr

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Ao Nobre Vereador / À Nobre Vereadora

Jaqueline

Para [illegible] de [illegible] a C[illegible]

Em 06/06/2011

Presidente

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

Segue _____ juntado _____, nesta data

Documento _____ papel de informação

Rubricado _____ sob folha 74º

Em 17/08/2011

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha 14 do proc. fls. 126
Nº. 237 / 2003
O funcionário

Vera Nice Pereira Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

16 - PAR
16- 00909/2011

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

PARECER Nº DA COMISSÃO DE FINANÇAS E ORÇAMENTO SOBRE O PROJETO DE LEI Nº 237/2003

O presente projeto de lei, de autoria do nobre Vereador Paulo Frange, visa criar o "Programa Municipal de Prevenção, Controle e Orientação à Hepatite C" no Município de São Paulo, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a divulgar, esclarecer, informar e criar mecanismos de controle e acompanhamento dos casos da referida doença.

A propositura determina a criação de um Banco de Dados que irá cadastrar todos os casos diagnosticados de Hepatite C no âmbito do Município de São Paulo, para fins de elaboração de estatísticas, além de proporcionar um melhor controle e acompanhamento dos casos que forem diagnosticados. A notificação destes casos deverá ser feita compulsoriamente pelo médico ou entidade responsável pelo diagnóstico à Secretaria Municipal de Saúde. Adicionalmente, de acordo com a proposta, o Poder Público Municipal poderá realizar convênios com outros órgãos ou entidades de direito público ou privado, no intuito de desenvolver ações preventivas e de combate à Hepatite C.

Quanto ao aspecto financeiro, nada há a opor, porquanto as despesas para sua execução correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Favorável, portanto, é o parecer.

Sala da Comissão de Finanças e Orçamento, em 17/08/11

Ver. Antonio Carlos Rodrigues
Presidente

Ver. Celso Jatene
Relator

Ver. Antonio Donato

Ver. Atilio Francisco

Ver. Aníbal de Freitas

Ver. Francisco Chagas

Ver. Marco Aurélio Cunha

Ver. Ricardo Teixeira

Ver. Roberto Tripoli

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Publicado no DOFICIAL
de 24/AGOSTO/2011
pag. 90 coluna 4ª
Conteúdo:

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

À SGP- 21

São Paulo, 24/08/2011

Vera Nice Rodrigues Ribeiro
Assistente Parlamentar
RF- 101.123

RECEBIDO SGP-21
Em 25/08/2011

Maria José do Carmo
Técnico Administrativo
RF 10940

J-1

Segue(m) juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob nº(s)
__ a __ e folha(s) de informação
sob nº 75. 02/09/13

Cesar Uema
Técnico Administrativo
RF 11.308 - SGP.21

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 75

do processo nº 237 de 2003, 02 / 01 / 2013 (a)

César Oema
Técnico Administrativo
RF 11.366

À SGP-33

PARA ARQUIVAMENTO, face ao disposto no artigo 275, caput, do Regimento Interno.

São Paulo, 02/01/2013.

Jader Augusto Pimenta
Supervisor - SGP.21
RF 10.860

MFN 13467
17/02/2009

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL
Requisitado em 17/02/2009
Arquivado novamente em 09/01/13
Com 15 folhas.
Eduardo F Filho

Eduardo Flórido Filho
RF 11.175 - SGP-33

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Segue(m) juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob nº 76 Folha de Informação sob nº 77 01/03/2013

Lucas Manuel V. T. Alves Soto
Técnico Administrativo
RF 11.234

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 16 do Processo nº 01-237 de 2003

Lucas Manuel M. T. Alves Soto
Técnico Administrativo
RF 11.234

DEFERIDO
06 FEV 2013
PRESIDENTE

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
45º GV - VEREADOR PAULO FRANGE

REQUERIMENTO

13 - RDS
13- 00036/2013

Requeiro na qualidade de Líder do Partido Trabalhista Brasileiro – PTB, com fundamento no artigo 275 § 2º do Regimento Interno, o desarquivamento de todos os Projetos de Lei de minha autoria, conforme abaixo:

PL	429	1997	PL	317	2002	PL	799	2005	PL	476	2009	PL	512	2011
PL	501	1997	PL	366	2002	PL	204	2006	PL	516	2009	PL	572	2011
PL	976	1997	PL	484	2002	PL	405	2006	PL	517	2009	PL	586	2011
PL	1008	1997	PL	603	2002	PL	545	2006	PL	577	2009	PL	596	2011
PL	98	1998	PL	652	2002	PL	580	2006	PL	737	2009	PL	597	2011
PL	103	1998	PL	667	2002	PL	678	2006	PL	24	2010	PL	600	2011
PL	224	1998	PL	713	2002	PL	703	2006	PL	108	2010	PL	605	2011
PL	225	1998	PL	170	2003	PL	704	2006	PL	384	2010	PL	609	2011
PL	371	1998	PL	171	2003	PL	803	2007	PL	439	2010	PL	619	2011
PL	372	1998	PL	172	2003	PL	356	2008	PL	557	2010	PL	102	2012
PL	374	1998	PL	206	2003	PL	357	2008	PL	558	2010	PL	122	2012
PL	375	1998	PL	207	2003	PL	358	2008	PL	574	2010	PL	123	2012
PL	410	1998	PL	214	2003	PL	359	2008	PL	1	2011	PL	220	2012
PL	433	1998	PL	236	2003	PL	420	2008	PL	2	2011	PL	272	2012
PL	539	1998	PL	237	2003	PL	421	2008	PL	3	2011	PL	421	2012
PL	465	1999	PL	239	2003	PL	650	2008	PL	4	2011	PL	508	2012
PL	466	1999	PL	290	2003	PL	25	2009	PL	5	2011	PLO	19	2001
PL	480	1999	PL	318	2003	PL	81	2009	PL	6	2011	PLO	4	2003
PL	175	2000	PL	319	2003	PL	159	2009	PL	7	2011	PLO	1	2011
PL	332	2000	PL	365	2003	PL	219	2009	PL	27	2011	PR	68	2001
PL	84	2001	PL	415	2003	PL	328	2009	PL	69	2011	PR	18	2002
PL	316	2001	PL	416	2003	PL	368	2009	PL	97	2011	PR	19	2002
PL	317	2001	PL	465	2003	PL	397	2009	PL	150	2011	PR	18	2005
PL	390	2001	PL	519	2003	PL	445	2009	PL	383	2011	PR	36	2005
PL	5	2002	PL	209	2004	PL	446	2009	PL	384	2011	PR	17	2006
PL	204	2002	PL	106	2005	PL	447	2009	PL	385	2011	PR	21	2006
PL	287	2002	PL	121	2005	PL	474	2009	PL	393	2011	PR	7	2007
PL	304	2002	PL	769	2005	PL	475	2009	PL	394	2011	PR	14	2007
PR	17	2011	PR	11	2012	PR	9	2010						

Sala das Sessões, 05 de Fevereiro de 2013.

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO
07 FEV 2013
SPG.42

PAULO FRANGE
vereador
Líder do PTB na CMSP

Palácio Anchieta Viaduto Jacareí, 100 São Paulo - SP CEP 01319-900 fone (11) 3396-4428 fax (11) 3396-3984
http://www.paulofrange.com.br e-mail: vereador@paulofrange.com.br

CMSP - SEF.22 - 05/02/2013 - 18:48 - 003268 - 1/1

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 77

do processo nº 01-237 de 2003 01/03/2013 (a)

Lucas Manuel M. T. Alves Soto
Técnico Administrativo
RF 11.234

À SGP.33

Sra. Supervisora,

Encaminho o presente requerimento para o desarquivamento da propositura indicada no RDS 13-0036/2013.

28/02/2013

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

À SGP.-22

Sra. Supervisora,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-0036/2013, segue o presente expediente para volta à tramitação.

01/03/2013

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

RECEBIDO EM SGP-22

06/03/13

Adelina Cicone
Assistente Parlamentar
Registro 100 40[illegible]

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

À Procuradoria (Setor de Pesquisa)

02 / 5 / 13

Solange Ramone dos Santos
Supervisor de Serviço
RF 5[illegible]

SÃO PAULO
PROPOSITURAS

07.05.13 às 13:30 hs
Isso

Saída: 09/05/14 às 16:30 h Assi:

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
Seguem, juntados nesta data, [illegible] documento rubricados sob
Folhas de nºs 78 a 95 em 09/05/2014

Maria José de Jesus
Técnico Administrativo
RF 10940

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 78 do proc.
Nº 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO
PROCURADORIA

SETOR DE PESQUISA, ASSESSORIA E ANÁLISE PRÉVIA

PL 0237/03

Realizada a pesquisa no APL (Banco de Dados da Câmara Municipal de São Paulo), no site www.senado.gov.br e no site www.prefeitura.sp.gov.br/legislação, observamos:

- Lei Federal nº 11.255, de 27 de dezembro de 2005, que define as diretrizes da Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite;

- Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº 863/02, que dispõe sobre a Hepatite Viral Crônica do tipo 'C';

- Portaria Municipal nº 2260/12, da Secretaria Municipal de Saúde, que dispõe sobre a criação de grupo técnico para acompanhamento e monitoramento de pessoas acometidas pela hepatite C, dentre outras doenças;

- PL 0423/2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de esterilização de instrumentos de trabalho metálicos utilizados em salões e institutos de beleza, e dá outras providências;

- PL 0531/2010, que institui a 'Semana de Luta Contra as Hepatites' no âmbito do Município de São Paulo;

- PL 0186/2005, que dispõe sobre o 'Programa Municipal de Prevenção e Tratamento da Hepatite C' no Município de São Paulo, e dá outras providências;

- PL 0094/2006, que institui o 'Programa de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite', em todas as suas formas, no âmbito do Hospital do Servidor Público Municipal.

Cópias dos documentos citados acompanham esta informação.

Retorne à SGP.21, para prosseguimento, conforme fls. 74, verso.

São Paulo, 08 de maio de 2014.

Christiana Samara Chebib
Procuradora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia
OAB/SP 244.472

Marcella Falbo Giacaglia
Procuradora Supervisora do Setor de Pesquisa e Análise Prévia
OAB/SP 111.393

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

Folha nº 79 do proc. 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Administrativo-RF 10.940

LEI Nº 11.255, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2005.

Define as diretrizes da Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite, em todas as suas formas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.

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

Art. 1º O Sistema Único de Saúde - SUS prestará atenção integral à pessoa portadora de hepatite, tendo como diretrizes os princípios de universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e participação da sociedade na definição e no controle das ações e dos serviços que se fizerem necessários.

Art. 2º As ações programáticas referentes à assistência, promoção e prevenção das hepatites virais serão definidas pelo Poder Público, com a participação de entidades de usuários, representantes da sociedade civil e profissionais de saúde afetos à questão.

Art. 3º O Poder Público apresentará proposta de Norma Técnica que estabeleça as diretrizes para uma política de prevenção e atenção à saúde da pessoa portadora de hepatite, com ênfase às ações de vigilância à hepatite.

Art. 4º O Poder Público será o responsável pela coordenação do programa, com as seguintes funções:

I - elaborar estratégias de divulgação, utilizando a mídia disponível, com o objetivo de disseminar conhecimentos sobre as formas de hepatite e suas conseqüências e estimular a captação de órgãos para transplante;

II - definir critérios para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento das hepatites virais, consolidados sob a forma de protocolos, cientificamente justificáveis e periodicamente revisados;

III - desenvolver periodicamente ações de capacitação técnica para os profissionais de saúde e entidades ligadas às hepatites virais, harmonizando as ações previstas no inciso II do caput deste artigo e incentivando a boa prática assistencial no âmbito local;

IV - definir as competências de cada nível assistencial, detalhando as ações a cargo de cada um, de forma a otimizar os serviços disponíveis em todo o território nacional;

V - promover a notificação, por meio dos serviços de vigilância epidemiológica, dos pacientes portadores de infecções pelos vírus B e C;

VI - acompanhar e avaliar as ações e serviços desenvolvidos.

Art. 5º O Poder Público desenvolverá estratégias para ampliar a prevenção, a assistência e a pesquisa relacionadas às hepatites virais, com ênfase na produção de medicamentos e insumos necessários para o diagnóstico e a terapêutica.

Art. 6º As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria das 3 (três) esferas de Governo.

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

Brasília, 27 de dezembro de 2005; 184º da Independência e 117º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 80 do proc. Fls. 135
Nº 01-0237 de 2021
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Legislativo-RF 10.940

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Saraiva Felipe

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 28.12.2005 e retificado no D.O.U. de 29.12.2005

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36

Portaria nº 863 de 12 de Novembro de 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de estabelecer Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, que contenha critérios de diagnóstico e tratamento, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, racionalize a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento da doença, regulamente suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabeleça mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz;

Considerando a Consulta Pública a que foi submetido o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Hepatite Viral Crônica C, por meio da Consulta Pública GM/MS nº 01, de 23 de julho de 2002 – Anexo VII, que promoveu sua ampla discussão e possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico científica, sociedades médicas, profissionais de saúde e gestores do Sistema Único de Saúde na sua formulação, e

Considerando as sugestões apresentadas ao Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais no processo de Consulta Pública acima referido, resolve:

Art. 1º - Aprovar o PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS –HEPATITE VIRAL CRÔNICA C – Interferon-alfa, Interferon-alfa peguilado, Ribavirina, na forma do Anexo desta Portaria.

§ 1º - Este Protocolo, que contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento, é de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos.

§ 2º - As Secretarias de Saúde que já tenham definido Protocolo próprio com a mesma finalidade, deverão adequá-lo de forma a observar a totalidade dos critérios técnicos estabelecidos no Protocolo aprovado pela presente Portaria;

§ 3º - É obrigatória a observância deste Protocolo para fins de dispensação dos medicamentos nele previstos;

§ 4º - É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C, o que deverá ser formalizado através da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, conforme o modelo integrantes do Protocolo.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

ANEXO

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

HEPATITE VIRAL CRÔNICA C

Interferon-alfa, Interferon-alfa Peguilado, Ribavirina

1. Introdução

O vírus da Hepatite C (HCV) é uma importante causa de cirrose em todo mundo[1]. Pertence ao gênero Hepacivirus da família Flaviviridae, sendo seu genoma constituído por uma hélice simples de RNA. Possui aproximadamente 9600 nucleotídeos, com uma única região de leitura que produz uma proteína de cerca de 3000 aminoácidos. Essa proteína é após partida por proteases virais e do hospedeiro em pelo menos 10 proteínas estruturais e não estruturais. Existe uma grande variabilidade na seqüência genômica do HCV, sendo que as amostras isoladas em todo o mundo foram agrupadas em 6 genótipos, sendo no Brasil os mais freqüentes os genótipos 1,2 e 3[2]. Sabe-se que dentre esses, o genótipo 1 caracteriza-se pela maior resistência ao tratamento antiviral[1]. Não se conhece ao certo a prevalência da infecção pelo HCV no Brasil. Em estudo transversal realizado em bancos de sangue, a prevalência de doadores com anti-HCV positivo foi de 1,23%[2]. Como nem todos pacientes com o anticorpo portam o vírus, estima-se que a prevalência da infecção crônica pelo HCV esteja ao redor de 1% da população em geral.

Tanto a infecção crônica quanto a infecção aguda pelo HCV são usualmente assintomáticas[3,4], estimando-se que apenas um terço dos pacientes com infecção aguda pelo vírus C venham a ter sintomas ou icterícia[5]. A persistência do HCV-RNA por mais do que seis meses após a infecção caracteriza a infecção crônica pelo HCV. É tema controverso a proporção de pessoas infectadas pelo HCV que desenvolverá infecção crônica, mas calcula-se que esse valor em média deve ficar entre 70 a 80% dos infectados[5].

As principais complicações potenciais da infecção crônica pelo vírus C, a longo prazo, são a cirrose, a insuficiência hepática terminal e o carcinoma hepatocelular[5]. O percentual de pacientes cronicamente infectados que evoluem para cirrose após 20 anos do contágio varia entre diversos estudos, sendo que estudos de base populacional resultaram em taxas de 4 a 10%, enquanto que em estudos realizados em clínicas especializadas em doenças hepáticas a incidência encontrada é de até cerca de 20%[6], sendo que provavelmente a taxa correta situe-se entre 10 e 15% [7]. Entretanto pouco se sabe a respeito da evolução da infecção crônica pelo HCV em períodos mais longos do que duas décadas. Uma vez com cirrose, cerca de 1 a 4% dos pacientes por ano desenvolvem carcinoma hepatocelular.

Em 1998 foram publicados dois ensaios clínicos envolvendo 1744 pacientes que mostraram o maior benefício da terapia combinada de interferon-alfa e ribavirina sobre a monoterapia com interferon-alfa[8,9], tendo sido mostrado maior benefício no tratamento de pacientes com genótipo 1 por 48 semanas e genótipo não-1 por 24 semanas. Essa conduta foi posteriormente ratificada pelo Consenso Internacional de Paris realizado em 1999[10].

Uma nova forma de interferon foi desenvolvida, que se chama interferon peguilado ou peginterferon. A peguilação é uma técnica desenvolvida pela indústria de cosméticos e também utilizada na produção de alimentos, que consiste em unir uma molécula de polietilenoglicol à molécula de interferon. Tornando-se maior, o interferon é mais dificilmente metabolizado, dessa forma suas dosagens sangüíneas permaneceriam elevadas por um maior tempo. A atividade biológica do interferon permanece qualitativamente inalterada, porém mais fraca do que a do interferon livre[11], e a sua administração, que ao invés de ser três vezes por semana, passa a ser semanal.

Um ensaio clínico randomizado aberto de fase 3 comparando-se interferon convencional mais ribavirina versus interferon peguilado mais ribavirina foi publicado por Manns e colaboradores em setembro de 2001 na revista Lancet[12], mostrando um pequeno benefício da combinação utilizando interferon peguilado e ribavirina sobre a combinação interferon convencional e ribavirina. O interferon peguilado na dose de 1,5 mcg/kg mais ribavirina teve uma taxa de resposta viral sustentada de 54% versus 47% do interferon convencional. O Food and Drug Administration nos Estados Unidos da América, reanalizaram os dados de Manns[13] e concluíram que a diferença entre o interferon peguilado (resposta de 52%) e o interferon convencional (resposta de 46%) foi de apenas 6%. Além disso, estatisticamente (ainda com uma chance de erro de 5%) esse valor pode estar situado entre 0,10% e 11,63%.

Outro ensaio clínico randomizado aberto de fase 3 realizado por Fried e colaboradores[14], comparou três grupos. Um grupo utilizou interferon peguilado associado à ribavirina, outro grupo utilizou interferon peguilado monoterapia e um terceiro grupo utilizou interferon convencional associado a ribavirina, tendo sido obtido uma taxa de resposta viral sustentada de 56% no grupo associando interferon peguilado e ribavirina, 30% no grupo utilizando interferon peguilado monoterapia e 44% no grupo associando interferon convencional e ribavirina[15].

Outro estudo foi realizado com a finalidade de se estabelecer a melhor dose de ribavirina para ser associada ao interferon peguilado, assim como o tempo de tratamento mais adequado[16]. Quatro grupos foram tratados, um

Matéria DSP 4643/2021 Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://spiegisconsulta.saopaulo.sp.gov.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36

associando-se interferon peguilado e ribavirina 800 mg por 24 semanas, um grupo associando interferon peguilado e ribavirina 1000-1200 mg por 24 semanas, outro grupo utilizando interferon peguilado e ribavirina 800 mg por 48 semanas e um quarto grupo tratado com interferon peguilado e ribavirina 1000-1200 mg por 48 semanas. Nos grupos utilizando dose mais alta de ribavirina, 1000 mg foi administrada para pacientes com menos de 75 kg e 1200 para pacientes com 75 kg ou mais. Os pacientes com HCV genótipo tipo 1 foram distribuídos na proporção de 1:1:4:4 e os do genótipo tipo não-1 foram distribuídos na proporção 1:1:1:1 entre os grupos. O estudo mostrou que para pacientes com genótipo tipo 1, grupos que utilizaram menores doses de ribavirina e/ou por 24 semanas tiveram um percentual de resposta viral sustentada significativamente menor, recomendando-se portanto a utilização de interferon peguilado associado a ribavirina 1000-1200 mg por 48 semanas para pacientes do genótipo tipo 1. Para pacientes com HCV tipo não-1 não houve redução da eficácia na utilização do medicamento por 24 semanas associado a doses de 800 mg de ribavirina em relação aos outros grupos, portanto podendo ser esse o tempo de tratamento e dose de ribavirina empregada.

Existem algumas dúvidas sobre a superioridade do interferon peguilado versus interferon convencional. A primeira delas é que todos os estudos realizados fazendo essa comparação foram abertos, ou seja, todos os pacientes, assim como os médicos, sabiam qual tratamento estava sendo dado para cada paciente. Estudos abertos tendem a mostrar 17 a 30% a mais de resposta para a nova terapia, mesmo que na realidade não exista diferença entre os tratamentos[17].

O ensaio clínico de Manns e colaboradores não mostrou diferença estatística entre os tratamentos com interferon peguilado e interferon nesses genótipos[12,13]. Na versão final do documento elaborado no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos sobre o tratamento da hepatite C, de autoria de 72 dos maiores especialistas em doenças hepáticas dos Estados Unidos, França, Canadá e Itália, divulgado dia 26 de agosto de 2002, consta que: "Entre pacientes com genótipo 2 e 3, respostas virais sustentadas com interferon convencional e ribavirina foram comparáveis àquelas obtidas com interferon peguilado e ribavirina, e portanto interferon convencional e ribavirina podem ser usados no tratamento de pacientes com esses genótipos"[7].

Outra questão é a dose de interferon peguilado utilizada. Como os pacientes que receberam interferon peguilado 1,5 mcg/kg, apresentaram mais efeitos adversos, Manns e colaboradores[12] justificaram que isso ocorreu devido a alta dose de interferon peguilado utilizada comparada a dose de interferon convencional 3.000.000 UI 3 vezes por semana. Um estudo publicado por Mangia no Journal of Hepatology[18] comparou a utilização de 3.000.000 UI de interferon convencional associado a ribavirina versus 5.000.000 UI de interferon associado a ribavirina. Neste estudo observou-se maior taxa de resposta nos tratados com 5.000.000 UI de interferon-alfa nos pacientes com genótipo tipo 1, exatamente o mesmo grupo beneficiado com interferon peguilado no estudo de Manns[12]. Não existem estudos clínicos de fase III comparando-se interferon peguilado com interferon convencional 5.000.000 de UI. Dessa forma persiste a dúvida se a pequena diferença observada foi devida ao processo de peguilação ou se foi devida a maior dose de interferon molecular per se.

Não existem estudos comparativos entre os interferons peguilados alfa-2a e alfa-2b e, tanto o Consenso francês[19] quanto o realizado no Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos[7], não fazem distinção entre esses dois interferons peguilados disponíveis. Da mesma forma, estas duas apresentações de interferon peguilado, observadas as diferentes dosagens, são consideradas equivalentes neste protocolo, considerando a ausência de evidência de superioridade de uma sobre a outra.

2. Classificação CID 10

B18.2 – Hepatite Viral Crônica C

3. Critérios de INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

3.1. Critérios Gerais de Inclusão

Serão incluídos no Protocolo de Tratamento aqueles pacientes que possuam todas as seguintes características:

a) ser potador de HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva;

b) apresentar transaminases acima de uma vez e meia o limite superior da normalidade, em pelo menos três determinações com intervalo mínimo de um mês entre elas, sendo pelo menos uma delas nos últimos seis meses;

c) ter realizado, nos últimos 24 meses, biópsia hepática onde tenha sido evidenciada atividade necro-inflamatória de moderada a intensa (maior ou igual a A2 pela classificação Metavir ou atividade portal ou peri-septal grau 2 da classificação da Sociedade Brasileira de Patologia) e/ou presença de fibrose de moderada a intensa (maior ou igual a F1 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia);

d) ter entre 12 e 70 anos;

e) ter contagem de plaquetas acima de 50.000/mm^3 e de neutrófilos acima de 1.500/mm^3.

3.2. Critérios de Inclusão para Tratamento com Interferon Alfa Peguilado

Os pacientes poderão ser candidatos ao tratamento com interferon peguilado se estiverem enquadrados, além dos critérios gerais mencionados nas alíneas "a + b" do item 3.1 acima, nos seguintes critérios:

a) ser portador do vírus da hepatite C do genótipo 1, segundo exame de reação em cadeia da polimerase com genotipagem;

b) ter biópsia hepática nos últimos 24 meses com fibrose septal (maior ou igual a F2 pelas classificações Metavir ou Sociedade Brasileira de Patologia) [19];

c) ter entre 18 e 70 anos de idade;

d) ter contagem de plaquetas acima de 75.000/mm^3 para cirróticos e de 90.000/mm^3 para não cirróticos e de neutrófilos acima de 1.500/mm^3.

4. Critérios de Exclusão DO protocolo de tratamento

Não deverão ser incluídos no Protocolo de Tratamento, tanto com intereferon-alfa como com interferon peguilado, pacientes com as seguintes condições:

- tratamento prévio com interferon alfa associado à ribavirina[19];
- tratamento prévio com interferon peguilado (associado ou não à ribavirina);
- tratamento prévio com monoterapia com interferon alfa previamente, não tendo tido resposta virológica ou bioquímica ao tratamento[20,21];
- consumo abusivo de álcool nos últimos 6 meses;
- consumo regular de drogas ilícitas (se o paciente estiver em tratamento para dependência química com boa adesão, o tratamento para hepatite C poderá ser considerado)[7,19];
- pacientes transplantados (o tratamento do HCV em pacientes transplantados hepáticos deve ser considerado experimental, e só realizado no âmbito de protocolos de pesquisa[7,19]);
- hepatopatia descompensada;
- cardiopatia grave;
- doença da tireóide descompensada;
- neoplasias;
- diabete melito tipo 1 de difícil controle ou descompensada;
- convulsões não controladas;
- imunodeficiências primárias;
- homens e mulheres sem adequado controle contraceptivo;
- gravidez (beta-HCG positivo);
- não concordância com os termos do Consentimento Informado.

Maria José de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN-SP 10.940

01-02-2021 de 2003

Matéria DSP 4643/2021 Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

5. Situações Especiais

a) paciente com co-infecção HIV-HCV: os pacientes com HIV estáveis clínica e laboratorialmente (ausência de infecção oportunista ativa ou nos últimos seis meses e com contagem de linfócitos TCD4+ > 200 céls/mm^3 e com carga viral menor que 5.000 cópias/mm^3, ou contagem de linfócitos TCD4+ > 500 céls/mm^3 independentemente da carga viral) poderão ser tratados seguindo as mesmas normas deste protocolo. Em pacientes infectados pelo HIV com doença oportunista em atividade ou sem estabilidade clínico-laboratorial, o tratamento da doença oportunista e/ou HIV é prioridade. Deve haver cautela no uso simultâneo de ribavirina e DDI, que pode aumentar o risco de acidose lática e pancreatite. Também sugere-se cautela na associação de zidovudina com ribavirina, pois as duas drogas tem como efeito adverso a anemia. Sempre que possível, durante o tratamento com ribavirina, deve-se utilizar esquema antiretroviral que não contenha essas drogas[22].

b) pacientes pediátricos: não existem estudos controlados que assegurem a eficácia e a segurança do tratamento de pacientes abaixo de 18 anos com hepatite C[7,13,19]. Em uma revisão sistemática dos trabalhos publicados sobre tratamento de crianças com interferon convencional monoterapia[23] encontrou-se 35% de resposta virológica sustentada. Essas altas taxas de resposta encontradas em crianças, quando comparadas as taxas em adultos, podem ser devidas ao estágio inicial da doença, a dosagem elevada relativa de interferon ou à ausência de comorbidades nessa faixa etária[24]. Poucos estudos existem sobre o uso de interferon convencional e ribavirina em crianças. Não existe nenhum estudo sobre o uso de interferon peguilado em pacientes com menos de 18 anos[24]. Dessa forma, pacientes abaixo de 12 anos de idade, em que se considere o tratamento para hepatite C, devem ser avaliados por um comitê de especialistas nomeado pelo Gestor Estadual do SUS para avaliar o uso de interferon convencional associado ou não a ribavirina.

c) pacientes já tratados com interferon monoterapia: pacientes que tenham tido resposta, bioquímica ou virológica, ao final do tratamento, podem ser retratados com interferon convencional e ribavirina por 1 ano independente do genótipo, seguindo as demais recomendações deste protocolo;

d) hepatite C aguda: não existem estudos controlados avaliando essa situação. Devido a raridade do evento, tornando difícil a realização desses estudos, pode ser considerado tratamento com interferon convencional 5.000.000 UI por dia por 4 semanas e após 3.000.000 UI por dia por 20 semanas[25], associado ou não a ribavirina[26], para pacientes:

· que tenham tido exposição ao HCV nos quatro meses prévios a soroconversão documentada (de anti-HCV negativo para positivo) ou;

· que tenham tido exposição ao HCV nos quatro meses prévios ao início de quadro de icterícia e transaminases acima de 10 vezes os valores normais[25]. Deve-se ter o cuidado, nesses casos, de excluir outras causas de elevação de transaminases com icterícia.

Ainda é controverso o melhor momento de iniciar-se o tratamento, mas deve-se realizar HCV-RNA após três a seis meses do momento provável do contágio e tratar apenas os positivos. Dessa forma evita-se expor uma parcela dos pacientes que eliminariam o vírus espontaneamente[26].

a) paciente com distúrbios psiquiátricos: devem ter a sua condição psiquiátrica estabilizada, estando realizando tratamento psiquiátrico regular e com avaliação de especialista em psiquiatria liberando o paciente para o início do tratamento. Sugere-se nesses casos avaliar a relação risco-benefício, reservando o tratamento para pacientes com fibrose hepática avançada ou cirrose[19];

b) paciente com doença cerebrovascular, coronária ou insuficiência cardíaca: devem ter a sua condição clínica estabilizada. Esses pacientes são mais sujeitos a efeitos adversos e sugere-se nesses casos avaliar a relação risco-benefício, reservando o tratamento para pacientes com fibrose hepática avançada ou cirrose;

c) pacientes com insuficiência renal crônica: pacientes com depuração da creatinina endógena (DCE) abaixo de 50 ml/min e/ou em hemodiálise devem ser tratados em Centros de Referência no tratamento da hepatite C. A ribavirina é contra-indicada em pacientes com insuficiência renal terminal. Taxas de resposta viral sustentada com interferon mais alta do que em pacientes sem insuficiência renal são alcançadas nesses pacientes, possivelmente pelo aumento da meia vida do medicamento nessa situação[27]. A atividade do interferon peguilado é diminuída em pacientes com insuficiência renal crônica[28] e não existem estudos nessa população mostrando se o interferon peguilado é seguro e mais eficaz do que interferon convencional[29].

d) hemólise, hemoglobinopatias e supressão de medula óssea: nestas situações pode ser considerada a possibilidade de monoterapia com interferon peguilado-alfa;

e) Pacientes com genótipo 4,5,6: devem ser tratados com interferon convencional associado à ribavirina por 48 semanas, devendo o tratamento ser suspenso se o HCV-RNA estiver positivo ao final da semana 24;

f) pacientes com hemofilia podem realizar o tratamento sem a necessidade da biópsia hepática;

g) pacientes com cirrose compensada diagnosticada clinicamente e/ou através de exames laboratoriais, e que apresentem varizes de esôfago e indícios ecográficos dessa situação, também podem realizar o tratamento sem a necessidade de biópsia hepática.

6. Tratamento

6.1. Fármacos e Apresentações

a) interferon alfa-2a recombinante: frasco-ampola com 3.000.000 UI, 4.500.000 UI e 9.000.000 UI para uso sub-cutâneo;

b) interferon alfa-2b recombinante: frasco-ampola com 3.000.000 UI, 4.500.000 UI, 5.000.000 UI, 9.000.000 UI e 10.000.000 UI para uso sub-cutâneo;

c) interferon peguilado alfa-2a: frasco-ampola com 135* e 180 mcg;

d) interferon peguilado alfa-2b: frasco-ampola de 50*, 80, 100, 120 e 150* mcg (as ampolas de 80, 100 e 120 mcg contém, respectivamente, segundo informações da bula do medicamento registrada na ANVISA, 112, 140 e 168 mcg de interferon peguilado[11]);

e) ribavirina: cápsulas com 250 mg.

(* estas apresentações, apesar de estarem registradas na ANVISA, não estão sendo comercializadas, atualmente, no Brasil).

6.2. Esquemas de Administração

a) interferon-alfa: 3.000.000 UI a 5.000.000 UI SC, três vezes por semana, associado ou não à ribavirina 1000 mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais. A dose para pacientes com menos de 40 Kg é de 3.000.000 UI/m^2 de superfície corporal (não exceder 3.000.000UI) e a dose de ribavirina é de 15 mg/kg;

b) interferon peguilado alfa-2a: 180 mcg SC por semana associado ou não à ribavirina 1000-1250 mg por dia para pacientes com genótipo tipo 1 (1000mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais);

c) interferon peguilado alfa-2b em monoterapia (quando não associada a ribavirina): a dose preconizada é de 1 mcg/kg SC por semana[13,30].

Tabela 1 - Modo de administração interferon peguilado alfa-2b em monoterapia[13] (adaptado conforme apresentações comerciais disponíveis[11])

Peso do Paciente	Apresentação	Volume total da	Quantidade a ser	Volume a ser

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

		ampola	administrada	administrado
40-51,9 kg	80 mcg em	0,7 ml	48 mcg	0,3 ml
52-69,9 kg	0,5 ml		64 mcg	0,4 ml
70-87,9 kg			80 mcg	0,5 ml
88-99,9 kg			96 mcg	0,6 ml
100-115 kg			112 mcg	0,7 ml
116-129,9 kg	100 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	120 mcg	0,6 ml
130-147,9 kg			140 mcg	0,7 ml
> 148 kg	120 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	156 mcg	0,6 ml

a) interferon peguilado alfa-2b associado à ribavirina: 1,5 mcg/kg SC por semana 1000-1250 mg por dia para pacientes com genótipo tipo 1 (1000mg por dia para pacientes com menos de 75 kg e 1250 mg por dia para pacientes com 75 kg ou mais).

Tabela 2 – Modo de administração interferon peguilado alfa-2b combinado com ribavirina[13] (adaptado conforme apresentações comerciais disponíveis[11])

Peso do Paciente	Apresentação	Volume total da ampola	Quantidade a ser administrada	Volume a ser administrado
40-46,9 kg	80 mcg em	0,7 ml	64 mcg	0,4 ml
47-57,9 kg	0,5 ml		80 mcg	0,5 ml
58-67,9 kg			96 mcg	0,6 ml
68-76,9 kg			112 mcg	0,7 ml
77-84,9 kg	100 mcg em	0,7 ml	120 mcg	0,6 ml
85-97,9 kg	0,5 ml		140 mcg	0,7 ml
98-104,9 kg	120 mcg em 0,5 ml	0,7 ml	156 mcg	0,6 ml
> 105 kg			168 mcg	0,7 ml

6.3. Tempo de Tratamento e Critérios de Interrupção do Tratamento

6.3.1. Interferon-alfa não peguilado

Nas situações em que for utilizado interferon-alfa não peguilado, o tratamento deve ser interrompido nos seguintes casos:

· pacientes com efeitos adversos sérios;

· pacientes intolerantes ao tratamento;

· pacientes com genótipo viral 2 e 3 e que tenham utilizado interferon-alfa não peguilado associado à ribavirina por 24 semanas;

· pacientes com genótipo viral 4,5 e 6 utilizando interferon-alfa não peguilado associado à ribavirina e que tenham HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva após 24 semanas de tratamento;

· pacientes utilizando interferon alfa monoterapia e que tenham HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva após 12 semanas de tratamento;

· pacientes que tenham completado 48 semanas de tratamento em quaisquer circunstâncias.

6.3.2. Interferon-alfa peguilado

Nas situações em que for utilizado interferon-alfa peguilado, o tratamento deve ser interrompido nos seguintes casos:

· pacientes com efeitos adversos sérios;

· pacientes intolerantes ao tratamento;

· pacientes com HCV genótipo tipo 1, que após 12 semanas de tratamento com interferon peguilado associado à ribavirina, não tenham negativado o exame HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) ou que não tenham obtido uma redução maior ou igual a 100 vezes (2 logs) no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento14;

· pacientes utilizando interferon peguilado monoterapia, que após 12 semanas de tratamento com interferon peguilado, não tenham negativado o exame HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) ou que não tenham obtido uma redução maior ou igual a 100 vezes (2 logs) no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento31;

· pacientes que tenham completado 48 semanas de tratamento em quaisquer circunstâncias.

6.4. Logística

Por razões de fármaco-economia, racionalização de dose e aplicação, aqueles pacientes que estiverem em tratamento com interferon peguilado devem ter suas doses semanais aplicadas em serviço especialmente identificado para tal fim pela Secretaria Estadual de Saúde. Assim, as ampolas ficarão em poder dos serviços já mencionados e não dos pacientes em tratamento. Para facilitar o trabalho dos serviços identificados, sugere-se que os pacientes sejam agrupados e previamente agendados para a aplicação do medicamento. Dependendo da apresentação comercial disponível na Secretaria, indicação e peso do paciente, o uso das ampolas do medicamento poderá ser compartilhado, adotadas as medidas técnicas de segurança de manipulação e aplicação do medicamento.

Tendo em vista que as Secretarias de Saúde poderão dispor de apenas uma das apresentações comerciais de interferon peguilado existentes no país (alfa-2a ou alfa-2b) e o fato de as mesmas terem a mesma eficácia clínica, recomenda-se que estas Secretarias orientem os médicos prescritores a prescreverem interferon peguilado para seus pacientes de acordo com as especificidades do produto disponível, conforme preconizado neste Protocolo.

7. Monitorização

7.1. Avaliação Inicial

Os pacientes com hepatite C que são candidatos a tratamento devem ser submetidos a uma avaliação inicial. Nessa avaliação devem constar anamnese completa, exame físico e os seguintes exames complementares:

a) hemograma completo com contagem de plaquetas;

b) ALT, AST;

c) tempo de protrombina, bilirrubinas, albumina;

d) creatinina, ácido úrico, glicemia de jejum;

Este documento foi assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PJe 237/2003 por Maria José de Oliveira - DSP 464 - Técnico Judiciário - RF 10.940
ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

e) TSH;

f) anti-HIV;

g) HBsAg;

h) para mulheres em idade fértil que usarão ribavirina: beta-HCG;

i) biópsia hepática dos últimos dois anos, salvo nos casos definidos nas alíneas "j" e "k" do item 5 deste Protocolo;

j) Genotipagem do HCV – Biologia Molecular. O exame de genotipagem só se justifica após para os pacientes que já tenham preenchido todos critérios de inclusão, inclusive biópsia hepática (salvo nos casos definidos nas alíneas "j" e "k" do item 5 deste Protocolo), e não apresentem critérios de exclusão.

k) pacientes com genótipo tipo 1 e que estejam sendo avaliados para o uso de interferon peguilado-alfa associado à ribavirina ou pacientes que estejam sendo avaliados para o uso de interferon peguilado-alfa monoterapia, já tendo preenchido todos outros critérios de inclusão e não apresentem critérios de exclusão, deverão realizar o exame HCV – Detecção por Tecnologia Biomolecular de Ácido Ribonucléico (teste quantitativo) antes do início do tratamento;

7.2. Monitorização Durante o Tratamento

Aqueles pacientes que, após a realização da avaliação inicial, se enquadrarem nos critérios de inclusão e não apresentarem critérios de exclusão, poderão iniciar com um dos tratamentos propostos nos itens 6.2.a a 6.2.d deste Protocolo.

Os pacientes em uso da medicação deverão ser monitorizados, principalmente nas fases iniciais do tratamento. Os exames mínimos que o paciente deverá realizar durante o tratamento são:

· hemograma, plaquetas, ALT, AST, creatinina a cada quinze dias no primeiro mês e após mensalmente;

· TSH a cada três meses;

· para mulheres em idade fértil em uso de ribavirina: beta-HCG a cada três meses.

7.3. Monitorização da Resposta Virológica

7.3.1. Interferon não-peguilado monoterapia

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-peguilado monoterapia deverão realizar os seguintes exames além dos expostos acima:

HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 12 de tratamento e caso o resultado seja positivo devem interromper o tratamento, sendo considerados não-respondedores. Caso o exame seja negativo, devem manter o tratamento, repetindo o exame na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada.

7.3.2. Interferon não-peguilado associado à ribavirina com genótipo tipo 1

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-peguilado associado à ribavirina com genótipo tipo 1 deverão realizar os seguintes exames de monitorização da resposta virológica:

HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 24 de tratamento. Pacientes que t n resultado negativo desse exame devem manter o tratamento, repetindo o exame na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada. Pacientes que tiverem HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva na semana 24 de tratamento deverão interromper o tratamento, sendo considerados não-respondedores.

7.3.3. Interferon não-peguilado associado à ribavirina com genótipo tipo 2 e 3

Os pacientes que estiverem em uso de interferon não-peguilado associado à ribavirina com genótipo tipo 2 e 3 deverão realizar os seguintes de monitorização da resposta virológica:

HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 24 quando deverão interromper o tratamento. Pacientes que tiverem o exame da HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) positiva na semana 24 de tratamento serão considerados não-respondedores. Os pacientes com esse exame negativo ao final do tratamento (semana 24) devem repetí-lo após 24 semanas para avaliar resposta virológica sustentada.

7.3.4. Interferon peguilado associado à ribavirina com genótipo 1 ou interferon peguilado monoterapia

Os pacientes que estiverem em uso de interferon peguilado associado à ribavirina com genótipo 1 ou interferon peguilado monoterapia deverão realizar os seguintes exames de monitorização da resposta virológica:

HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste quantitativo) na semana 12 de tratamento. Pacientes que não tenham negativado o exame de carga viral ou que não tenham obtido uma redução de 100x no número de cópias virais em relação à carga viral pré-tratamento deverão interromper o tratamento. Caso contrário deverão manter o tratamento, realizando HCV – detecção por tecnologia biomolecular de ácido ribonucléico (teste qualitativo) na semana 48, momento em que o tratamento será interrompido. Caso o exame na semana 48 seja negativo, o exame será repetido após 24 semanas para avaliação da resposta virológica sustentada.

8. Benefícios Esperados com o Tratamento

· aumento da expectativa de vida;

· melhora da qualidade de vida;

· redução da probabilidade de evolução para insuficiência hepática terminal que necessite de transplante hepático;

· diminuição do risco de transmissão da doença;

· resposta viral sustentada, definida pela reação em cadeia da polimerase qualitativa negativa após 24 semanas do final do tratamento.

9. Consentimento Informado

É obrigatória a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados nesse protocolo, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura de Termo de Consentimento Informado, de acordo com o modelo constante neste Protocolo.

10. Referências Bibliográficas

Matéria DSP 4643/2021 Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.
Maria José Oliveira
Técnico Administrativo - RF 10.940
Em 01/02/2021 o funcionário

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

1. Bukh, J. The hepatitis C virus. In: Schiff E, Hoofnagle JH. Postgraduate Course : update on viral hepatitis. Dallas: American Association for the Study of the Liver; 2000. pp. 102-111.

2. Relatório do Grupo de Estudos da Sociedade Brasileira de Hepatologia. Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C no Brasil. [consultado em 11 de julho de 2002], disponível em www.sbhepatologia.org.br.

3. Davis G. Hepatitis C. In: Schiff ER, Sorrel MF, Maddrey WC. Schiff´s Disease of the Liver. 8ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;1998. pp. 793-836.

4. Seeff, LB. Natural History of Hepatitis C. In: Schiff E, Hoofnagle JH. Postgraduate Course 2000: update on viral hepatitis. Dallas: American Association for the Study of the Liver; 2000. pp. 112-118.

5. Hoofnagle JH. The Course and Outcome of Hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement – Management of Hepatitis C 2002.

6. Seef L. Natural History of Chronic Hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement – Management of Hepatitis C 2002.

7. National Institute of Health consensus Development Conference Statement – Management of Hepatitis C 2002 – Final Statement.

8. McHutchinson JG, Gordon SC, Schiff ER, et al. Interferon alpha-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. N Engl J Med 1998;339:1458-1492.

9. Poynard T, Marcellin P, Lee SS et al. Randomised trial of interferon alpha-2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha-2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. International Hepatitis Interventional Therapy Group (IHIT). Lancet. 1998;352(9138):1426-32.

10. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C - Paris Consensus Statement. J Hepatol 1999;30:956-961.

11. Schering-Plough. Pegintron -- Bula do Medicamento. [consultado em 29 de outubro de 2002], disponível em www.pegintron.com.br/bula.asp.

12. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC et al. Peg-interferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic treatment of chronic hepatitis C: a randomized trial. Lancet 2001; 358(9285):958-65.

13. Food and Drug Administration. Peg-Intron (Peginterferon alfa-2b) Package Insert. [consultado em 24 de maio de 2002], disponível em www.fda.gov.

14. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. N Engl J Med 2002; 347(13):975-982.

B15. isceglie AM. Optimal therapy of hepatitis C. In: National Institute of Health consensus Development Conference Statement – Management of Hepatitis C 2002.

16. Hadziyannis SJ, H. Cheinquer, T. Morgan et al. Peginterferon alfa-2a (40kd) (Pegasys) in combination with ribavirin (RBV): efficacy and safety results from a phase III, randomized, double-blind, multicentre study examining effect of duration of treatment and RBV dose. Hepatology 2002 (abstract).

17. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, Altman DG. Empirical evidence of bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. JAMA. 1995;273(5):408-12.

18. Mangia A, Santoro R, Piattelli M et al. High doses of interferon in combination with ribavirin are more effective than the standard regimen in patients with HCV-genotype 1 chronic hepatitis. J Hepatol 2002;37:109-116.

19. Consensus Conference – Treatment of hepatitis C. Paris 2002.

20. Kallinowski B, Liehr H, Moeller B et al. Combination therapy with interferon-alpha 2b and ribavirin for the treatment of relapse patients and non-responders with chronic HCV infection. Z Gastroenterol 2001; 39(3):199-204, 206.

21. Hasan F, Asker H, hamali M, al Kalaoui M, Al Nakib B. Interferon-alpha plus ribavirin combination therapy for the treatment of chronic hepatitis C in interferon non-responders. Hepatogastroenterology 2000; 47(36):1642-1644.

22. Soriano V, Sulkowski M, Bergin C, Hatzakis A, Cacoub P, Katlama C et al. Care of patients with chronic hepatitis C and HIV co-infection: recommendations from the HIV-HCV International Panel. AIDS 2002; 16(6):813-828.

23. Jacobson KR, Murray K, Zellos A, Schwarz KB. An analysis of published trials of interferon monotherapy in children with chronic hepatitis C. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34(1):52-58.

24. Jonas MM. Children with hepatitis C. In: National Institute of Health Consensus Development Conference Statement – Management of Hepatitis C 2002.

25. Jaeckel E, Cornberg M, Wedemeyer H et al. Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b. N Engl J Med 2001; 345(20):1452-1457.

26. Hoofnagle JH. Therapy for acute hepatitis C. N Engl J Med 2001; 345(20):1495-1497.

27. Campistol JM, Esforzado N, Morales JM. Hepatitis C virus positive patients on the waiting list for transplantation. Semin Nephrol 2002;22(4):361-4.

28. Dicionário de especialidades Farmacêuticas: DEF 2002/03. 31ª edição. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2001. Bula Pegasys; p. 821.

29. Fabrizi F, Poordad FF, Martin P. Hepatitis C infection and the patient with end-stage renal disease. Hepatology 2002;36(1):3-10.

30. Lindsay KL, Trepo C, Heintges T et al. A randomized, double-blind trial comparing pegylated interferon alfa-2b to interferon alfa-2b as initial treatment for chronic hepatitis C. Hepatology 2001;34(2):395-403.

31. Heathcote EJ, Shiffman ML, Cooksley GE et al. Peginterferon alfa-2a in patients with chronic hepatitis C and cirrhosis. N Engl J Med 2000;343(23):1673-1680.

TERMO DE CONSENTIMEMENTO INFORMADO

Interferon alfa, Interferon alfa Peguilado e Ribavirina

Eu, _____ (nome do(a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso de interferon alfa ou interferon alfa peguilado, associados ou não com ribavirina, preconizados para o tratamento da Hepatite Viral Crônica C.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente poderá ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado que a associação de ribavirina + interferon alfa ou ribavirina + Iinterferon peguilado podem trazer os seguintes benefícios no tratamento da Hepatite Viral Crônica C:

- Redução da replicação viral;

Este documento foi assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRE BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

- Melhora da inflamação e fibrose hepáticas;

Ainda não se sabe se esses benefícios irão significar no futuro cura da hepatite C, prevenção de cirrose, de insuficiência hepática ou do câncer do fígado. Também não está estabelecido se o tratamento previne a transmissão do vírus da hepatite C para outras pessoas, mesmo em pacientes que tiveram boa resposta ao tratamento.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos, riscos e advertências a respeito da associação de ribavirina + interferon alfa ou ribavirina + interferon peguilado no tratamento da Hepatite Viral Crônica C:

- Medicações classificadas na gestação como fator de risco X para ribavirina (contra-indicada durante a gestação por causar graves defeitos, efeitos teratogênicos, oncogênicos, mutagênicos e embriotóxicos significativos nos bebês) e fator de risco C para interferon alfa e interferon peguilado (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);

- É contra-indicado o uso da ribavirina em pacientes de ambos os sexos nos quais o controle da contracepção não pode ser feito de maneira adequada e rigorosa, devendo ser utilizado método seguro de contracepção para pacientes em idade fértil até seis meses do final do tratamento;

- Não é recomendada a amamentação durante o tratamento com ribavirina, interferon alfa e interferon peguilado;

- Deve-se evitar a gravidez durante a vigência do tratamento e por 6 meses após seu término;

- O paciente não deve doar sangue;

- Os principais efeitos adversos relatados para o interferon alfa e interferon peguilado são dor de cabeça, fadiga, depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, febre, tontura, dor torácica dificuldade de concentração, dor, perda de cabelo, coceiras, secura na pele, borramento da visão, alteração no paladar gosto metálico na boca, estomatite, náuseas, perda de apetite, diarréia, dor abdominal, perda de peso, dor muscular, infecções virais, reações alérgicas de pele, hipertireoidismo e hipotireoidismo, vômitos, indigestão, diminuição das células do sangue (plaquetas, neutrófilos, hemácias), tosse, faringite, sinusite. Os efeitos adversos menos freqüentes incluem comportamento agressivo, aumento da atividade de doenças auto-imunes, infarto do miocárdio, pneumonia, arritmias, isquemias.

- Os principais efeitos adversos relatados para ribavirina incluem cansaço, fadiga, dor de cabeça, insônia, náuseas, perda de apetite, anemia. Os efeitos adversos menos freqüentes são dificuldade na respiração, conjuntivite, pressão baixa, alergias de pele, rinite, faringite, lacrimejamento.

- É necessária a realização de exames hematológicos, especialmente durante as 4 primeiras semanas de tratamento, para detecção de alterações nas células do sangue e, desta forma, quando for necessário, proceder ajuste de dose;

- Estes medicamentos podem interagir com vários outros medicamentos. Por isso, em caso de uso de outros medicamentos, comunique ao médico.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente:

_____

R.G. do paciente:

_____

Sexo do paciente: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade:

Endereço:

_____

Cidade: CEP: Telefone: ( )

Responsável legal (quando for o caso):

_____

R.G. do responsável legal:

_____

_____

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Médico Responsável: CRM:_____

_____

Endereço do consultório:

_____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: ( )

_____

Assinatura e carimbo do médico

Data

Observações:

a) o preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento;

b) este Termo ficará arquivado na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos.

Visto do profissional

01-02-37 ep 2003

Maria José M. Oliveira

Técnico Administrativo RF 10.940

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.
Folha nº 88 do proc.
Nº 01-0237 de 2003
O funcionário
Busca no portal
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo
fls. 143

Pesquisa de Legislação Municipal

Tipo: PORTARIA

Número: 2260 Ano: 2012 Secretaria: SMS

Enviar Limpar

Foi encontrada 1 ocorrência

1. PORTARIA Nº: 2260 Ano: 2012 Secretaria: SMS

Publicação
18/10/2012, Folha 19

Ementa:

CRIA GRUPO TECNICO PARA ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO ACOES ATENDIMENTO INTEGRAL PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENIASE, TUBERCULOSE E HEPATITE VIRAL. REVOGA P 1970/12(SMS)

Ver texto integral

Voltar

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36

Lauda nº 89 do proc. nº 01-0237 de 2021 fls. 144

| Serviços | A Cidade | Compras | Notícias | Governo

Busca no portal

CGE INFORMA: Chuviscos em pontos isolados da Capital.

19°C 30m/s 90%

Pesquisa de Legislação Municipal

Nº 2260 Ano: 2012 Secretaria: SMS

Voltar Imprimir

PORTARIA 2260/12 - SMS

DESPACHO DO SECRETÁRIO

Dispõe sobre a criação de Grupo Técnico (GT) para Acompanhamento e Monitoramento das Ações de Atendimento Integral às Pessoas Acometidas pela Hanseníase, Tuberculose e Hepatite Viral no Município de São Paulo.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

Considerando:

- que a hanseníase, a tuberculose e as hepatites virais tipos B e C são infecções que podem apresentar uma evolução crônica e que necessitam de linhas de cuidado integradas, que envolvem todos os níveis do sistema de saúde;

- a Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, que aprova as Diretrizes para Vigilância e Atenção e Controle da Hanseníase;

- a Portaria nº 4 de 09/02/2012 – MA/SVS que constitui o Comitê Técnico Assessor de Tuberculose

- a Portaria nº 2080/GM de 31 de outubro de 2003, que institui o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e define que cabe aos municípios a organização das Redes de Assistência aos portadores de Hepatites Virais;

- que a hanseníase é uma doença crônico-degenerativa que pode causar deformidades físicas nos olhos, nariz, orelhas, sobrancelhas, mãos e pés, que geram incapacidades físicas e comprometimento emocional e social;

- que a tuberculose é uma doença respiratória crônica que acomete, predominantemente, população vulnerável e apresenta co-morbidades importantes como diabetes melito, uso de álcool e drogas, HIV e acomete pessoas em situação social desfavorável como situação de rua, privação de liberdade, migrantes, entre outras;

- que as hepatites virais B e C são um grave problema de saúde pública, e estima-se para o município de São Paulo a existência aproximada de 114 mil pessoas infectadas pelo Vírus da Hepatite B (VHB) e 156 mil pessoas infectadas pelo Vírus da Hepatite C (VHC) e representam o maior número de notificações entre as DNC do município de São Paulo, com 10.000 notificações, em 2011;

- que as hepatites crônicas B ou C podem evoluir para cirrose e câncer do fígado ou mesmo para a morte, sendo uma das principais causas de indicação de transplante hepático;

- que cabe aos serviços coordenados pela Atenção Básica realizar as ações de suspeição e investigação diagnóstica, vigilância epidemiológica, tratamento e acompanhamento dos casos, de modo descentralizado e hierarquizado, em consonância com as normatizações dos programas de controle dessas doenças

- que há necessidade de estabelecimento e organização de fluxos de atendimento para as referências ambulatoriais especializadas, rede laboratorial e rede hospitalar, com o objetivo de dar respostas às situações de maior complexidade, às intercorrências e às seqüelas de cada doença, visando a resolutividade dos problemas em todos os níveis do sistema de saúde, de acordo com o estabelecido pelos Programas;

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.
Folha nº 90 do proc.
Nº 01-02237 de 2021
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

- que a adesão ao tratamento dessas doenças, em populações vulneráveis necessita da atenção integral à pessoa doente, com apoio social e articulação inter e intrasetorial;

- que a adesão da SMS às Portarias do MS nºs 2.556, de 28 outubro de 2011 e 2.849, de 2 de dezembro de 2011, que estabelecem repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para a implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase e das Hepatites Virais, respectivamente.

RESOLVE:

Art. 1º- Criar o Grupo Técnico de Acompanhamento dos Programas Municipais de Controle de Doenças crônicas para acompanhar as atividades desenvolvidas pelos Programas Municipais de Controle da Hanseníase (PMCH), Tuberculose (PMCT) e Hepatites Virais (PMHV), coordenados pela Gerência do Centro de Controle de Doenças (CCD) da Coordenação de Vigilância em Saúde(COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;

Art 2º- Ao GT compete:

a) acompanhar e assessorar as ações desenvolvidas em relação às pessoas atingidas pela hanseníase, tuberculose e hepatites virais B e C;

b) monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados na rede municipal de serviços;

c) propor infra-estrutura adequada (recursos físicos, humanos e materiais) para as Unidades Ambulatoriais de Referência;

d) monitorar os fluxos estabelecidos de referência e contra-referência no sistema de saúde, de acordo com as necessidades dos pacientes;

e) estabelecer parcerias necessárias para apoiar o doente na adesão ao tratamento;

f) elaborar Regulamento Interno de funcionamento do GT.

Art 3º - Ao Coordenador do GT cabe:

a) estabelecer cronograma das reuniões e convocar as reuniões;

b) convocar os profissionais do respectivo Programa Municipal, de acordo com os problemas demandados pela SMS, Ministério Público, outras Secretarias , outro nível de governo ou outros;

c) constituir subgrupos de trabalho com temas específicos, com a colaboração de técnicos de SMS ou outras Secretarias, se necessário, para apoiar as decisões técnicas;

d) elaborar relatórios das demandas do GT e das providências recomendadas;

e) solicitar a quem de competência a adoção das providências definidas;

f) encaminhar relatório das demandas e providências adotadas aos coordenadores dos respectivos Programas Municipais e ao Senhor Secretário de Saúde.

Art.4º - O GT será composto por representantes (titular e suplente) dos seguintes setores:

- Gabinete do Secretário

o Andréa da Silva Munhoz – RF. 743.551.1 (titular)

o Maria Christina Lombardi de Oliveira Machado - RF 595.334-1 (suplente)

- Gerência do CCD

o Rosa Maria Dias Nakazaki – RF: 561.779.1 (titular)

o Luiz Cláudio Ferreira Espíndola- RF- 561350.7

- Subgerência de Doenças Crônicas Transmissíveis

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 91 do proc
Nº 01-0237 de 20 03
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

o Ana Maria Bara Bresolin – RF: 558871.5 (titular)

o Célia Regina Ciccolo da Silva- RF 607028.1 (suplente)

- Coordenação de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família

o Cecília Seiko Kunitabe – RF 544.834.4 (titular)

o Márcia Maria Gomes Massironi – RF 521.355.0 (suplente)

- Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

o Maria Helena de Souza - RF 614.235.4 (titular)

o Marcelo Itiro Takano – RF 739.948.1 (suplente)

- Coordenação de Gerência Hospitalar

o Marco Tadeu Moreira de Moraes – RF 514.700.0 (titular)

o Jose Carlos Riechelmann – RF 568.338.6 (suplente)

- Autarquia Hospitalar Municipal

o Marco Antonio Ferlin – RF: 610.108.9/1 (titular)

o Miriam Rodríguez de Medeiros – RF: 576.288.0/3 (suplente)

- Assistência Farmacêutica

o Daisy de Castro Ferraz – RF 535.587.7 (titular)

o Dirce Cruz Marques – RF 570.608.402 (suplente)

- Assistência Laboratorial

o Glória Maria Ferreira Ribeiro – RF 619.006.501 (titular)

o Dalcio do Nascimento – RF 659.649.5 (suplente)

- Programa Municipal de Feridas

o Maria Cristina Manzani Pimentel – RF 545.032.2 (titular)

o Ana Maria Amato Bergo – RF 640.621.1 (suplente)

Art. 5º- O GT será coordenado pela Gerência do CCD e na sua ausência pela Subgerência de Doenças Crônicas Transmissíveis do CCD.

Esta Portaria entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Portaria nº 1970/2012-SMS.G.

Voltar Imprimir

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 92 do proc.
Nº 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PUBLICADO DOC 09/09/2010, PÁG. 66

PROJETO DE LEI 01-0423/2010 do Vereador Claudio Fonseca (PPS)
"Dispõe sobre a obrigatoriedade de esterilização de instrumentos de trabalho metálicos utilizados em salões e institutos de beleza e dá outras providências.
A Câmara Municipal de São Paulo DECRETA:
Art.1º. Os salões de barbearia e institutos de beleza do Município de São Paulo ficam obrigados a instalar estufas (forno Pasteur) para esterilização de instrumentos de trabalho metálicos.
Art.2º. Os demais instrumentos de trabalho que entram em contato com a pele do cliente e não são metálicos, devem ser descartáveis.
Parágrafo único. Os materiais descartáveis, devem ser embalados individualmente e sempre abertos e descartados na frente do cliente: toalha de papel a ser usada por cima da toalha de tecido, recipiente ou touca de revestimento para molho das mãos e pés e outros que vierem a ser utilizados.
Art.3º. Os estabelecimentos mencionados no art. 1º da presente de lei, terão um prazo de 60 dias para a instalação de estufa de esterilização, a contar da publicação da presente lei.
Art.4º. As despesas decorrentes com a execução desta lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas, se necessário.
Art.5º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.
Sala das Sessões, em Às Comissões competentes."

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=200425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

olha nº 93 do proc.
Nº 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PUBLICADO DOC 16/12/2010, PÁG 86

PROJETO DE LEI 01-0531/2010 da Vereadora Sandra Tadeu (DEM)

"Institui a Semana de Luta Contra as Hepatites no Âmbito do Município de São Paulo.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO DECRETA:

Art.1º. Fica instituída a Semana De Luta Contra as Hepatites, a ser realizada anualmente na segunda semana do mês de maio de cada ano.

Art.2º. Durante a semana instituída o Poder Executivo envidará esforços no sentido de promover palestras e campanhas educativas de conscientização e orientação sobre as formas de contágio das Hepatites.

Art.3º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar de sua publicação.

Art.4º. As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art.5º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala das Sessões em, Às Comissões competentes."

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

Folha nº 94 do proc. 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PROJETO DE LEI 01-0186/2005 do Vereador Carlos Alberto Bezerra Jr. (PSDB)

""Dispõe sobre a Instituição do Programa Municipal de Prevenção e Tratamento da Hepatite C no Município de São Paulo, e dá outras providências".

Art. 1º - Fica instituído o Programa Municipal de Prevenção e Tratamento da Hepatite C no âmbito do Município de São Paulo.

Art. 2º - O Programa Municipal de Prevenção e Tratamento da Hepatite C tem por finalidade:

I – Facilitar e promover o acesso dos portadores às políticas públicas de tratamento e combate à Hepatite C;

II – Esclarecer a população sobre os perigos e riscos de infecção e formas de prevenção e possibilidades de tratamento contra a Hepatite C;

III – Defender os direitos dos portadores de Hepatite C.

Art. 3º - Fica constituído um Grupo Especial de Estudos e Análise visando o acompanhamento atualizado das pesquisas médicas de combate à Hepatite C, contribuindo também tal equipe para o estabelecimento de normas de tratamento e prevenção da Hepatite C no município de São Paulo.

Art. 4º - No sistema municipal de saúde, as realizações de exames laboratoriais e respectivos resultados que envolvam investigação diagnóstica de Hepatite C, (provas da função hepática, pesquisa de RNA viral com uso de biologia molecular, ultra-sonografia, endoscopia e biópsia hepática entre (outros), serão agilizadas visando um diagnóstico precoce da patologia.

Art. 5º - Serão feitas campanhas de detecção dos infectados junto à população, além de campanhas de esclarecimento, em especial, junto a grupos específicos que lidam com tatuagens, piercings, instrumentos cirúrgicos e odontológicos, acupuntura, depilação, manicuro e pedicuro, além de usuários de drogas injetáveis e pessoas que de qualquer modo tenham histórico de transfusão de sangue antes de 1992;

Art. 6º - Fica instituído no âmbito do Município de São Paulo o DiaMunicipal de Luta contra a Hepatite C, que será comemorado no dia 19 de Maio de cada ano.

Art. 7º - É proibido qualquer tipo de ato de discriminação contra portadores de Hepatite C no Município de São Paulo.

Art. 8º - O Poder Público Municipal, através de seus órgãos de saúde, se responsabilizará, facilitará e agilizará o fornecimento gratuito de medicamentos para tratamento da Hepatite C, devidamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

Art. 9º - Fica garantido aos portadores de Hepatite C vagas nos leitos dos Hospitais Públicos Municipais e hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 10º - Ficam estendidos aos portadores de Hepatite C, em sua forma crônica, os direitos e garantias existentes para os portadores de HIV e doentes de AIDS, conforme disposto nas Leis Municipais nº 12.942/99que dispõe sobre os Direitos Básicos dos Portadores do vírus HIV; Lei nº 12.965/00, que criou as Casas de Apoio e Tratamento dos Portadores de HIV; Lei nº 11323/92, que criou o Centro de Tratamento Odontológico para os Portadores de HIV, cabendo ao Poder Público definir a forma de utilização destes locais em comum com os demais enfermos já atendidos, ou a criação de outros locais para o desenvolvimento destas atividades.

Art. 11º - Caberá à Secretaria Municipal de Saúde a implantação e fiscalização do presente Programa, com a colaboração das demais secretarias afins.

Art. 12º - O Executivo Municipal deverá regulamentar a presente Lei, no prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de sua publicação.

Art. 13º - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas, se necessário.

Art. 14º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. Às Comissões competentes."

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

olha nº 95 do proc. fls. 150
nº 01-0237 de 2003
O funcionário
Maria José de Oliveira
Técnico Administrativo-RF 10.940

PROJETO DE LEI 01-0094/2006 do Vereador Toninho Paiva (PL)

"Institui o Programa de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite, em todas as suas formas, no âmbito do Hospital do Servidor Público Municipal, e dá outras providencias.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO decreta:

Art. 1º - Fica instituído no âmbito do Hospital do Servidor Público Municipal, o Programa de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite em todas as suas formas, garantindo o controle das ações e dos serviços que se fizerem necessários.

Art. 2º - Caberá ao Poder Executivo, através da regulamentação da presente lei, implantar o Programa de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite em todas as suas formas, em todas suas etapas especificas e mais ainda:

I – elaborar estratégias de divulgação aos servidores públicos, com o objetivo de disseminar conhecimentos sobre as formas de hepatite e suas conseqüências e estimular a captação de órgãos para transplante;

II – definir critérios para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento das hepatites virais;

III – desenvolver periodicamente ações de capacitação técnica para os profissionais de saúde, incentivando a boa prática assistencial aos pacientes portadores de infecções pelos vírus B e C;

IV – acompanhar e avaliar as ações e serviços desenvolvidos.

Art. 3º - As ações programáticas referentes a assistência, promoção e prevenção das hepatites virais serão definidas pelo Poder Executivo junto com o Hospital do Servidor Público Municipal.

Art. 4º - Caberá ao Hospital do Servidor Público Municipal desenvolver estratégias para ampliar a prevenção e garantir a distribuição gratuita aos servidores municipais, dos medicamentos, insumos, materiais de autocontrole e autoaplicação de medicações necessárias aos pacientes, além da realização de exames de diagnóstico, biópsia hepática, com ênfase às ações de vigilância à hepatite.

Art. 5º - O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de sua publicação.

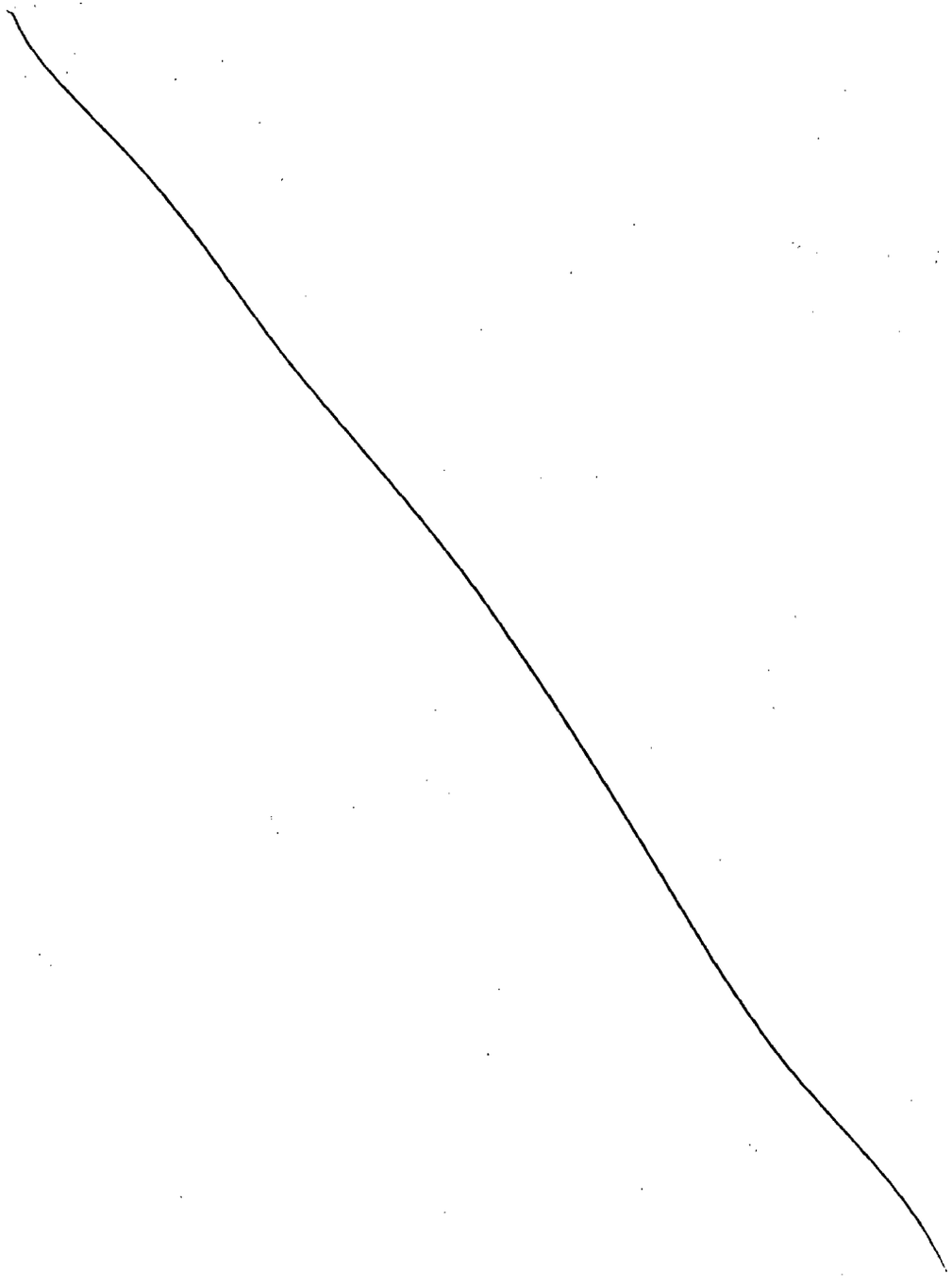
Art. 6º - As despesas decorrentes da execução desta lei, correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

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

Sala das Sessões, Às Comissões competentes."

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?plID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.



Segue(m) juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob nº(s) __ a __ e folha de informação sob nº 96. 02/01/2017

Lizia Ortiz
Supervisora de Equipe de Apoio ao Plenário
SGP.21 - RF. 11.020

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 96

do processo nº **01-0237** de **2003**. **02/01/2017** (a) .....

Lizia Oshiro
RF 11.020

À SGP - 33

Sr. Supervisor,

Encaminho os presentes autos para arquivamento em face ao disposto no Art.275 do Regimento Interno da C.M.S.P.

02/01/2017

Lizia Oshiro
RF 11.020
Técnico Administrativo
SGP.21

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

13463

SECRETARIA DE DOCUMENTAÇÃO
SUPERVISÃO DE ARQUIVO GERAL
Requisitado em 01/03/2013
Arquivado novamente em 16/01/2017
Com 96 folhas.

CIRO SOL PAVAN MONTAUT
Técnico Administrativo
RF: 11.329

Segue(m) juntado(s), nesta data, documento(s) rubricado(s) sob n.º 97 a 98 e folha de informação sob nº 99 10/02/2021

LUCAS MANUEL M. T. ALVES
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.284

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

DEFERIDO
07 FEV 2017
PRESIDENTE

Folha n.º 97
01-237/2003
e func.
LUCAS MANOEL M... NTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.284

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

45º GV - VEREADOR PAULO FRANGE

RDS
58/2017

REQUERIMENTO

Requeiro na qualidade de Líder do Partido Trabalhista Brasileiro – PTB, com fundamento no artigo 275+2º do Regimento Interno, o desarquivamento de todos os Projetos de Lei de minha autoria, conforme abaixo:

PL	429	1997	PL	652	2002	PL	803	2007	PL	574	2010	PL	740	2013
PL	501	1997	PL	667	2002	PL	304	2008	PL	1	2011	PL	868	2013
PL	1008	1997	PL	713	2002	PL	356	2008	PL	2	2011	PL	893	2013
PL	98	1998	PL	170	2003	PL	357	2008	PL	3	2011	PL	26	2014
PL	103	1998	PL	171	2003	PL	358	2008	PL	4	2011	PL	39	2014
PL	224	1998	PL	172	2003	PL	359	2008	PL	5	2011	PL	528	2014
PL	225	1998	PL	2006	2003	PL	420	2008	PL	6	2011	PL	532	2014
PL	371	1998	PL	236	2003	PL	421	2008	PL	7	2011	PL	231	2015
PL	372	1998	PL	237	2003	PL	584	2008	PL	27	2011	PL	449	2015
PL	374	1998	PL	239	2003	PL	650	2008	PL	69	2011	PL	471	2015
PL	375	1998	PL	290	2003	PL	25	2009	PL	383	2011	PL	515	2015
PL	410	1998	PL	318	2003	PL	81	2009	PL	393	2011	PL	600	2015
PL	433	1998	PL	319	2003	PL	159	2009	PL	394	2011	PL	663	2015
PL	539	1998	PL	365	2003	PL	219	2009	PL	572	2011	PL	664	2015
PL	465	1999	PL	415	2003	PL	368	2009	PL	586	2011	PL	665	2015
PL	466	1999	PL	416	2003	PL	397	2009	PL	597	2011	PL	369	2016
PL	480	1999	PL	465	2003	PL	445	2009	PL	600	2011	PL	370	2016
PL	175	2000	PL	519	2003	PL	446	2009	PL	605	2011	PL	385	2016
PL	84	2001	PL	209	2004	PL	474	2009	PL	609	2011	PL	407	2016
PL	316	2001	PL	106	2005	PL	475	2009	PL	619	2011	PL	437	2016
PL	317	2001	PL	121	2005	PL	476	2009	PL	102	2012	PL	449	2016
PL	390	2001	PL	769	2005	PL	516	2009	PL	122	2012	PL	450	2016
PL	5	2002	PL	799	2005	PL	517	2009	PL	421	2012	PL	451	2016
PL	204	2002	PL	204	2006	PL	577	2009	PL	58	2013	PL	452	2016
PL	287	2002	PL	405	2006	PL	737	2009	PL	110	2013	PL	506	2016
PL	304	2002	PL	545	2006	PL	24	2010	PL	179	2013			
PL	317	2002	PL	580	2006	PL	108	2010	PL	206	2013			

EQUIPE DE PUBLICAÇÃO
08 FEV 2017

Palácio Anchieta Viaduto Jacareí, 100 São Paulo - SP CEP 01319-900 fone (11) 3396-4428 fax (11) 3396-3984
http://www.paulofrange.com.br http://paulofrange.blogspot.com.br e-mail: vereador@paulofrange.com.br

DSP - SF - 07/02/2017 - 14:00 - 000290 - 1/1

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Folha n.º 98
01- 237/2003
e func.
LUCAS MANUEL M. T. ALVES SOTO
TÉCNICO ADMINISTRATIVO
RF. 11.294

PL	366	2002	PL	678	2006	PL	384	2010	PL	463	2013
PL	484	2002	PL	703	2006	PL	557	2010	PL	468	2013
PL	603	2002	PL	704	2006	PL	558	2010	PL	740	2013

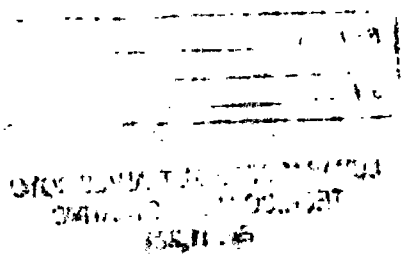
PR	68	2001	PLO	19	2001	PDL	105	2016
PR	18	2002	PLO	4	2003	PDL	111	2016
PR	18	2005	PLO	1	2011	PDL	128	2016
PR	36	2005				PDL	130	2016
PR	17	2006						
PR	21	2006						
PR	7	2007						
PR	14	2007						
PR	9	2010						
PR	17	2011						
PR	11	2012						
PR	18	2015						
PR	7	2016						

Sala das Sessões, 01 de fevereiro de 2.017.

PAULO FRANGE
Vereador

Palácio Anchieta Viaduto Jacareí, 100 São Paulo - SP CEP 01319-900 fone (11) 3396-4428 fax (11) 3396-3984
http://www.paulofrange.com.br http://paulofrange.blogspot.com.br e-mail: vereador@paulofrange.com.br

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.



Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

CÂMARA MUNICIPAL DE
SÃO PAULO

Papel para informação, rubricado como folha nº 99

do processo nº 01-238 de 20.03 10 / 02 / 2017 (a) LUCAS MANUEL M. P. ALVES SOTO
ADMINISTRATIVO
19.291

À SGP.33

Sr. Supervisor,

Encaminho o presente requerimento para as providências pertinentes.

09/02/2017

ANTONIO ISOLDI CALEARI
Supervisor da Equipe de Controle do Processo Legislativo
SGP.22

À SGP.-22

Sr. Supervisor,

Conforme solicitado pelo RDS nº 13-58/2017, segue o presente expediente para volta à tramitação.

10 / 02 / 2017

UBIRAJARA DE FARIAS PRESTES FILHO
Supervisor da Equipe de Arquivo Geral
SGP.33

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.

autuado por ANDRÉ BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 13:10:36.

À SGP - 21

21 / 02 / 17

Antonio Isoldi Caleari
Supervisor - SGP. 22
RF 11.300

Matéria DSP 4643/2021. Documento assinado digitalmente por ANDRE BITENCOURT LOPES em 27/01/2021 e juntado ao PL 237/2003 por ANDRÉ BITENCOURT LOPES. Sua validade pode ser conferida em https://splegisconsulta.saopaulo.sp.leg.br/Home/AbrirDocumento?pID=260425.