


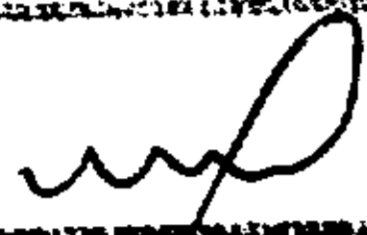
760

PROJETO DE LEI N.º DE 1996.

Publique-se Inclua-se em parte por <u>cinco</u> sessões <u>11/12/96</u> RICARDO TRÍPOLI - Presidente
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FLS. N.º <u>01</u> PROC. <u>846</u> 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PROTOCOLO

REGISTRO GERAL LEGISL. <u>846</u> de <u>12/12/1996</u> Autuado c/ <u>19</u> folhas Ass. 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Altera a lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, que dispõe sobre a concessão de pensões aos portadores de hanseníase.**

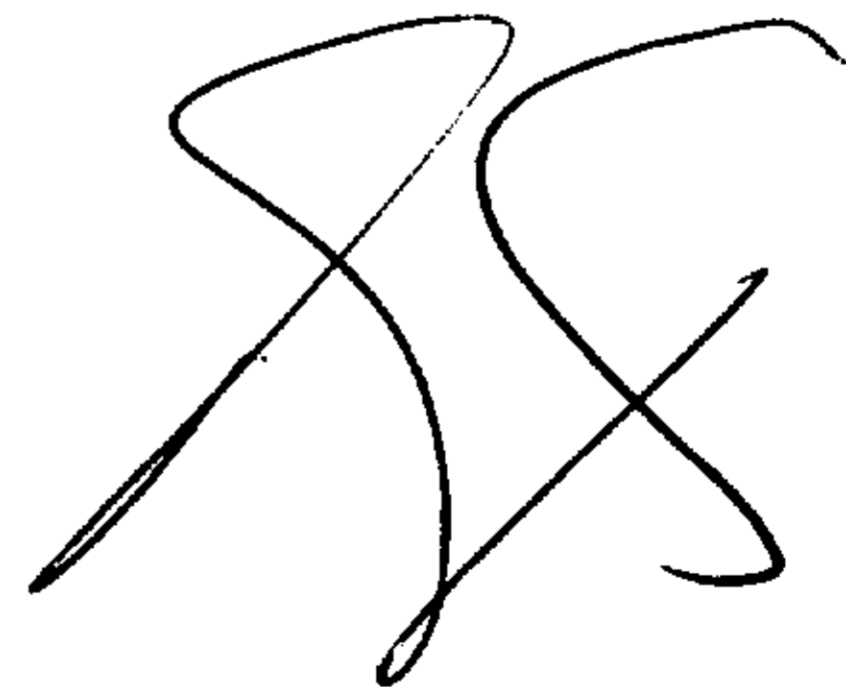
A Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo decreta:

**Art.1.º.** O artigo 1.º da lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

*“Art.1.º. Ficam concedidas, nos termos da presente lei, pensões mensais vitalícias e intransferíveis aos portadores de hanseníase e ex-hansenianos com incapacidade física e que não tenham condições de subsistência, matriculados nas unidades da rede do Sistema Único de Saúde - SUS/SP.”*

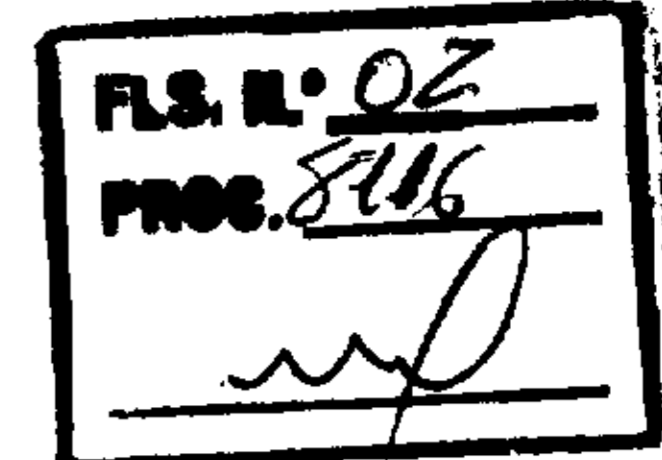
**Art.2.º.** O artigo 2.º da lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

*“Art.2.º. São considerados beneficiários das pensões de que trata o artigo anterior, os doentes que possuam incapacidade física para o trabalho, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS e que não tenham condições econômico-financeiras de subsistência, em tratamento nas unidades da rede do Sistema Único de Saúde - SUS/SP.”*



ENTRADA EM: 026306

10 DEZ 17 4 6 55



**Art.3.º.** O artigo 3.º da lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

*“Art.3.º. As pensões de que trata esta lei serão intransferíveis e terão seus valores fixados na base do piso salarial do Estado, observadas as alterações posteriores.”*

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

### **JUSTIFICATIVA**

A lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, não foi regulamentada até a presente data, por dificuldades encontradas em sua aplicação pelo Grupo de Trabalho instituído pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde, através da Resolução SS-257, de 27 de agosto de 1996.

As dificuldades encontradas foram as seguintes:

I - o artigo 1.º da lei 9165/95 concedeu o benefício para “... aos portadores de hanseníase em tratamento nas unidades da rede ...”, trazendo dúbia interpretação, pois muitos dos doentes seqüelados já receberam alta por cura e, portanto, não estão em tratamento, mas permanecem registrados nas unidades do SUS e submetem-se a cuidados com relação às suas incapacidades, donde a alteração ora proposta resolveria o problema quanto à aplicabilidade da lei.

II - O artigo 2.º estabelece “... os doentes que possuem no mínimo 2 (dois) graus de incapacidade para o trabalho segundo critérios da OMS”, mas isto não significa que os que tenham deformidade ou lesão visível estejam incapacitados para o trabalho. A alteração proposta leva os critérios ou definições de incapacidades à avaliação dos serviços especializados do Estado.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

III - A alteração proposta ao artigo 3.º visa corrigir uma distorção quanto ao valor das pensões a serem pagas não serem nunca inferiores ao salário mínimo vigente no País, o que se constitui numa ilegalidade.

Esclareço que o projeto de lei vem de encontro aos interesses e às necessidades de muitos doentes e ex-doentes, com graves mutilações, matéria prevista, inclusive, na Portaria n.º 814, de 22 de julho de 1993, do Ministério da Saúde.

Por derradeiro, aduzo que a aprovação da matéria proporcionará a regulamentação da lei n.º 9.165, de 18 de maio de 1995, podendo os interessados usufruir dos seus benefícios, razões pelas quais espero a sua acolhida pelos nobres Pares desta Casa Legislativa.

Sala das Sessões, em

*[Handwritten signature]*  
**WALDIR CARTOLA**

Deputado

Divisão de Ordenamento Legislativo  
Serviço de Processo Legislativo  
Publicado no "DIÁRIO OFICIAL"  
de 12-12-96

Serviço de Suporte e Conferência  
Esta proposição contém  
1 assinatura  
SSC.11 112 / 199 6

.....  
Conferente

plhansen/96/12/9  
MVMM

por ato de 22 de julho de 1993, com base no artigo 1º, § 2º, da Lei n. 8.646<sup>(2)</sup>, de 7 de abril de 1993, "ad referendum" daquele Conselho, e tendo em vista as disposições do artigo 4º, inciso VI, da citada Lei n. 4.595, e dos artigos 4º e 14 da Lei n. 4.829<sup>(3)</sup>, de 5 de novembro de 1965, resolveu:

Art. 1º Aprovar os Valores Básicos de Custeio – VBC, convertidos em Unidades de Referência Rural e Agroindustrial – UREF, bem como o calendário de liberações e limites de financiamento para lavouras da safra de verão 1993/1994, conforme folhas anexas, destinadas à atualização do Manual de Crédito Rural – MCR.

Parágrafo único. Os Valores Básicos de Custeio – VBC destinados aos produtos cultivados na Região Nordeste são válidos para plantios realizados até 31 de dezembro de 1993.

Art. 2º Autorizar, para efeito de formalização de financiamento, a opção entre o VBC, orçamento próprio ou projeto técnico, independentemente do porte do produtor ou da categoria da cooperativa.

§ 1º A opção por orçamento próprio fica restrita ao beneficiário cuja produtividade média alcançada nas três últimas safras normais seja superior a da última faixa do VBC.

§ 2º Admite-se que o limite de financiamento para as culturas de algodão, arroz, feijão, milho e soja seja de 100% (cem por cento), quando o crédito for formado com base em projeto técnico que permita incorporar aumento de produtividade não inferior a 10% (dez por cento) da média obtida pelo produtor nas 3 (três) últimas safras normais.

§ 3º A concessão de financiamento destinado a custeio de soja, inclusive para produção de sementes, fica restrita a miniprodutor e pequeno produtor.

§ 4º O financiamento fica limitado ao valor máximo correspondente a 960.883 UREF por produto/beneficiário final, em qualquer uma das hipóteses de formalização previstas no "caput" deste artigo.

Art. 3º O parâmetro de que trata o § 4º do artigo anterior, os limites de financiamento estabelecidos nesta Resolução e os previstos no Documento n. 1.1 do MCR para custeio incidem somente sobre as fontes de recursos sujeitas a encargos financeiros limitados.

Art. 4º Fica delegada competência ao Banco Central do Brasil para proceder aos ajustes que se fizerem necessários à execução desta Resolução.

Art. 5º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. – Paulo Cesar Ximenes Alves Ferreira, Presidente.

(D.O. de 28 de julho de 1993, pág. 10.646).

(2) Leg. Fed., 1993, pág. 253; (3) 1965, págs. 1.576 e 1.758.

#### PROGRAMA DE CONTROLE E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

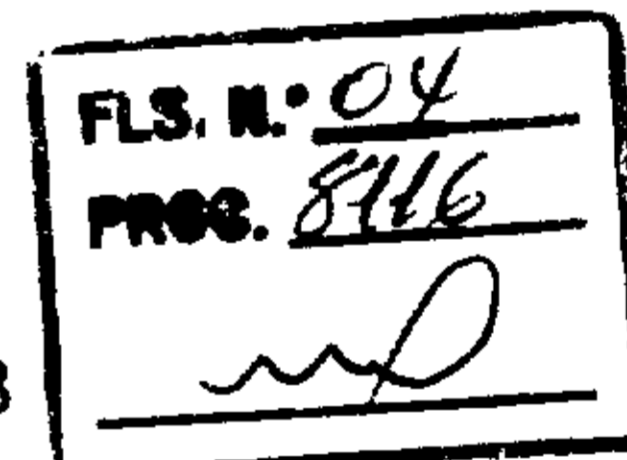
– Revoga a Portaria GM n. 864, de 7 de agosto de 1992 e expede novas instruções normativas referentes ao seu programa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DO MINISTRO

(\*) PORTARIA N. 814 – DE 22 DE JULHO DE 1993

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, resolve:

1. Revogar a Portaria GM n. 864 de 7 de agosto de 1992.



(\*) Nota da Redação: Publicada de acordo com retificação feita no "Diário Oficial" de 4 de agosto de 1993.

2 — Expedir novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento de execução do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase em todo o Território Nacional, de acordo com a Portaria GM n. 862, de 7 de agosto de 1992, publicada no "Diário Oficial" de 10 de agosto de 1992.

3 — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário. — Jamil Haddad, Ministro da Saúde.

ANEXO À PORTARIA N. 814, DE 22 DE JULHO DE 1993

INSTRUÇÕES NORMATIVAS

Regulamentação referente à Portaria GM n. 864

1. O Controle da Hanseníase será Orientado para os Seguintes Objetivos:

1.1 — Detecção de Casos:

Através do atendimento da demanda espontânea, verificação de notificações e, busca ativa, através do exame de contatos. O exame de coletividade é indicado nas áreas onde a prevalência for igual ou superior a 10 casos por 1.000 habitantes.

		Paucibacilares (PB) Tuberculóide (T) Indeterminado (I) Mitsuda positivo
Classificação de doentes para efeitos operacionais	=	Baciloscopia (-) negativa
		Multibacilares (MB) Virchowiano (V) Dimorfo (D) e Indeterminado (I) Mitsuda negativo
		Baciloscopia (+) positiva

Obs.: A forma clínica indeterminada, com Mitsuda negativo, embora apresente baciloscopia negativa, está incluída entre os multibacilares (MB) por ser potencialmente MB. O teste de Mitsuda está recomendado para agrupar os indeterminados em Pauci e multibacilares com vistas a instituir o esquema terapêutico.

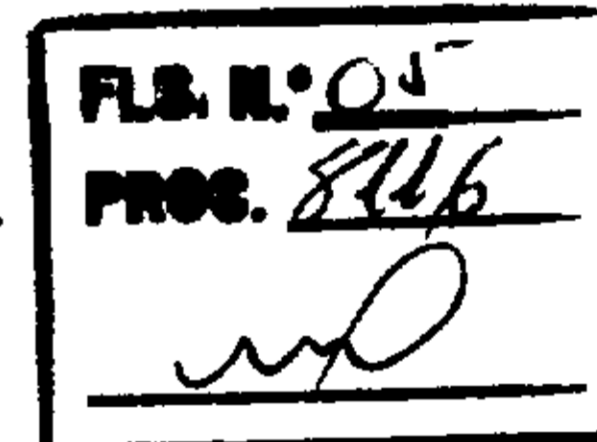
Classificação de contatos:

— segundo tipo de convivência

intradomiciliar  
extradomiciliar

— segundo a classificação do caso índice

multibacilar  
paucibacilar



Para fins operacionais, deve-se considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos 5 anos com o doente.

1.2 — Vigilância dos Contatos:

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurológico dos mesmos obedecendo aos seguintes critérios:

1.2.1 – Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas. Após o exame, o contato indene será liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e retorno ao serviço, se necessário.

1.2.2 – Utilização do teste de Mitsuda – não é necessária nos contatos, já que esses devem ser igualmente submetidos à vigilância sanitária (exame dermatoneurológico independentemente da probabilidade de adoecer de uma ou outra forma clínica de hanseníase).

1.2.3 – Utilização do BCG – aplicação de duas doses da vacina BCG-ID a todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase independente da forma clínica.

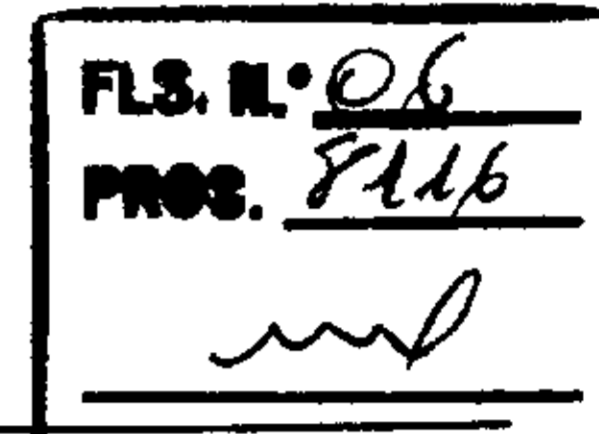
O intervalo recomendado para a 2ª dose da vacina BCG-ID é a partir de 6 meses da 1ª dose (considerada a cicatriz por BCG-ID prévia como 1ª dose, independente do tempo de aplicação). Na dúvida aplicar as duas doses recomendadas.

### 1.3 – Tratamento Específico:

O tratamento da hanseníase é eminentemente ambulatorial, mediante o esquema terapêutico padronizado a seguir:

#### Esquemas Terapêuticos/OMS

##### 1.3.1 – Esquema Padrão Poliquimioterapia – PQT



Droga	Paucibacilar	Multibacilar
Rifampicina (RFM)	600mg uma vez por mês, supervisionadas	600mg uma vez por mês, supervisionadas
Dapsona (DDS)	100mg uma vez ao dia, auto-administradas	100mg uma vez ao dia, auto-administradas
Clofazimina (CFZ)		300mg uma vez ao mês, supervisionadas + 100mg em dias alternados ou 50mg diários – auto-administradas
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 6 doses  Revisão dermatoneurológica na 6ª dose  – Para alta, aplicar os critérios de cura	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses mensais  Revisão dermatoneurológica na 12ª e 24ª doses  Para alta, aplicar os critérios de cura

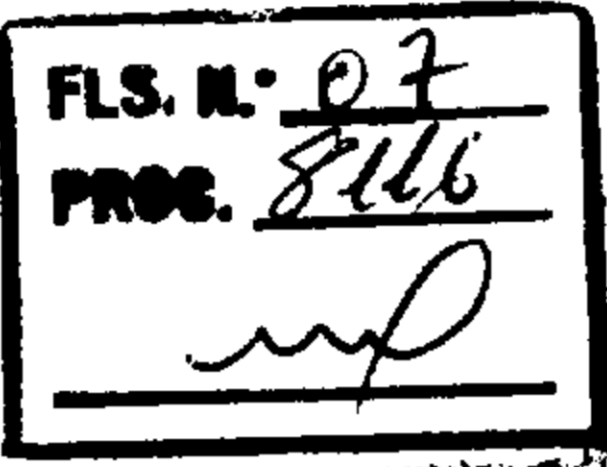
1.3.2 – Esquemas alternativos (na impossibilidade absoluta de utilizar o esquema padrão acima descrito).

## 1.3.2.1 – Na impossibilidade absoluta de utilizar Dapsona:

Droga	Paucibacilar	Multibacilar
Rifampicina (RFM)	600mg uma vez por mês, supervisionadas	600mg uma vez por mês, supervisionadas
Clofazimina (CFZ)	100mg diários auto-administradas	300mg uma vez por mês, supervisionadas + 100mg em dias alternados, ou 50mg diários auto-administradas
(*) Etionamida (ETH)		250mg diários, auto-administradas
Seguimento dos casos	O mesmo do esquema padrão	O mesmo do esquema padrão

A utilização da Etionamida requer obrigatoriamente avaliação prévia e mensal da função hepática.

## 1.3.2.2 – Na impossibilidade absoluta de utilizar Clofazimina:

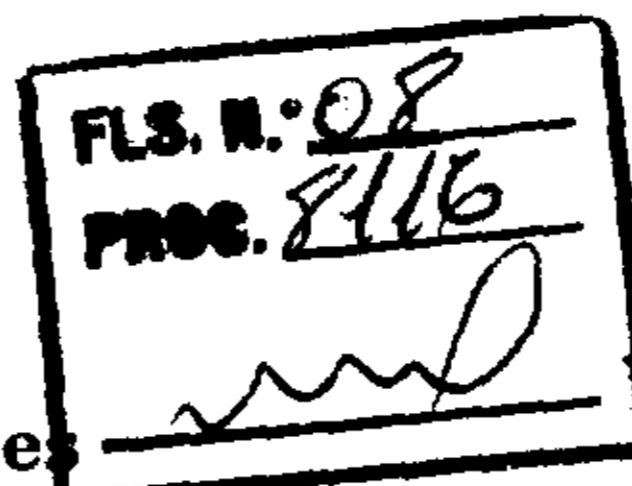
Droga	Paucibacilar	Multibacilar
Rifampicina (RFM)		600mg uma vez por mês, supervisionadas
Etionamida (ETH)		250mg diários, auto-administradas
Dapsona (DDS)		100mg diários, auto-administradas
Seguimento dos casos		O mesmo do esquema padrão

## 1.3.3 – Doses (em mg) infantis por faixa etária:

## Paucibacilares

Idade em Anos	Dapsona(DDS) Diária Auto-administrada	Rifampicina (RFM) Mensal Supervisionada
0 - 5	25	150 - 300
6 - 14	50 - 100	300 - 450
> 15	100	600

Multibacilares



Idade em Anos	Dapsona (DDS) Diária Auto-Administ.	Rifampicina (RFM) Mensal Supervisionada	Clofazimina (CFZ)	
			Auto-Administ.	Superv. Mensal
0 - 5	25	150 - 300	100/semana	100
6 - 14	50 - 100	300 - 450	150/semana	150 - 200
> 15	100	600	50/dia	300

#### 1.3.4 - Tratamento de Gestantes:

Em que pese a recomendação, no sentido de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os hansenostáticos (RFM, CFZ e DDS) têm sido usados, sem relatos conclusivos acerca de complicações para o feto e a gestante. Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais, e, às vezes, a eclosão da doença durante a gravidez, exigindo a instituição da terapêutica específica.

Os corticosteróides estão indicados nas intercorrências reacionais, tendo em vista a total contra-indicação do uso da Talidomida.

#### 1.3.5 - Seguimento dos casos:

Reativação - é constatada quando os pacientes desenvolvem novos sinais da doença, durante o tratamento quimioterápico.

Conduta - verificar se as orientações terapêuticas vêm sendo adequadamente seguidas pelo paciente: orientá-lo, revisar seu estoque de medicamentos, validade e, até, a concentração da droga usada. Suspeitar de resistência medicamentosa.

#### 1.3.6 - Critérios de alta por cura:

Paucibacilares - receberão alta por cura, os pacientes que completarem as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada em até 9 meses.

Multibacilares - receberão alta por cura, os pacientes que completarem as 24 doses de poliquimioterapia supervisionada em até 36 meses. Os pacientes que incorrerem em 4 faltas consecutivas deverão reiniciar tratamento.

A baciloscopia não se constitui em parâmetro para a alta por cura.

Os pacientes ao receberem alta sairão do registro ativo e não serão mais computados nos coeficientes de prevalência.

Os casos que apresentarem episódios reacionais e/ou seqüelas no momento da alta por cura ou após alta por cura também deverão sair do registro ativo desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para alta, devendo no entanto, continuar a receber a atenção requerida.

#### 1.3.7 - Recidiva:

A ocorrência de sinais de atividade clínica da hanseníase, após a alta por cura, é considerada recidiva. Nestes casos, o paciente reiniciará o tratamento seguindo as normas e procedimentos já descritos.

A recidiva implicará uma nova entrada no registro ativo, no item Outras Entradas no ano.

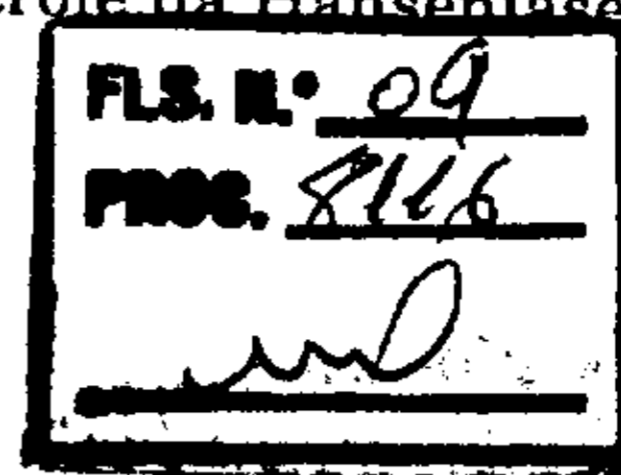
Não é considerado recidiva a ocorrência de apenas episódios reacionais após alta por cura. Nestes casos os pacientes deverão receber somente o tratamento indicado para a reação.

Para maiores informações sobre o diagnóstico diferencial entre reações pós-tratamento e recidiva, consultar o Guia para o Controle da Hanseníase - MS.

1.3.8 - Tratamento dos estados reacionais:

Medidas gerais:

- dar atenção especial aos nervos acometidos;
- dar atenção especial aos olhos;
- realizar atendimento freqüente do paciente e orientá-lo adequadamente, dependendo da gravidade da reação;
- efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento do seu estado geral e/ou complicação neural;
- só suspender a medicação específica nos casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende.



1.3.8.1 - Reação do tipo I ou reação reversa:

Recomenda-se o uso de Prednisona na dose diária de 1 a 2mg/kg/dia até a melhora acentuada do quadro reacional; a partir daí, a dosagem deverá ser reduzida, gradual e lentamente. A dose de manutenção deve ser mantida pelo menos por 2 meses. No caso de utilização de outro corticóide, observar a tabela de equivalência.

1.3.8.2 - Reação tipo II ou eritema nodoso (hansenótico):

Recomenda-se o uso da Talidomida na dose de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica mantendo a mesma dose até a remissão clínica do quadro reacional. Está totalmente contra-indicado o uso da Talidomida em mulheres em idade fértil, devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos.

Indica-se o uso de corticosteróides, na dosagem recomendada para reação tipo II apenas nas seguintes situações:

- 1 - comprometimento de troncos nervosos e lesões oculares;
- 2 - mão e pé reacionais - nestes casos imobilizar o membro acometido em posição funcional;
- 3 - eritema polimorfo;
- 4 - lesões infiltradas em trajeto de nervos;
- 5 - orquite e suspeita de comprometimento renal;
- 6 - outras situações em que a Talidomida não possa ser usada, tais como paciente do sexo feminino em idade fértil;
- 7 - reações que não respondem à Talidomida;
- 8 - eritema nodoso ulcerado.

Em casos de eritema nodoso severo crônico e subintrante, a OMS recomenda o uso da Clofazimina na dosagem de 300mg/dia não mais que 90 dias associada a corticosteróides. (Ver Guia para o Controle de Hanseníase - MS).

Durante os episódios de neurite aguda recomenda-se imobilizar o segmento afetado e orientações quanto à prevenção de incapacidades.

1.3.9 – Efeitos colaterais e/ou adversos das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase:

– Rifampicina:

Cutâneos: rubor na face e pescoço, prurido e “rash” cutâneo generalizados.

Gastrointestinais: diminuição do apetite, náuseas, ocasionalmente vômitos e diarreias, dor abdominal leve. Estes sintomas provavelmente ocorrerão quando a droga for ingerida em jejum.

Hepáticos: mal-estar, perda de apetite, náuseas, podendo também ocorrer icterícia. São descritos dois tipos de icterícia, a leve ou transitória e a grave, com dano hepático.

Hematopoiéticos: púrpuras ou sangramentos anormais como epistaxes, hemorragias gengivais ou uterinas, poderão ocorrer. Neste caso encaminhar ao hospital.

Anemia hemolítica: Rara. Manifesta-se por tremores, febre, náuseas, cefaléia e, às vezes, choque. Poderá ocorrer icterícia leve.

Síndrome Pseudogripal: Rara. Manifesta-se por febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia e ocasionalmente dores ósseas. Pode cursar com eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque.

Obs.: A utilização da Rifampicina pode provocar diminuição da vida média da prednisona, da quinidina, do ketoconazol, do propranolol, da digitoxina, do metoprolol do clofibrato e da sulfoniluréia (hipoglicemiante oral), além de diminuir a eficácia terapêutica dos anticoagulantes tipo cumarínico, dos contraceptivos orais e de diminuir a excreção biliar dos meios de contraste utilizados para visualização da vesícula biliar.

– Clofazimina:

Cutâneos: pele ressecada é comum. Pode ser grave e evoluir para ictiose. Coloração da pele, urina, suor e secreção respiratória. Nas pessoas de pele escura a cor pode acentuar e em pessoas claras a pele pode ficar com coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado devido à impregnação e ao ressecamento.

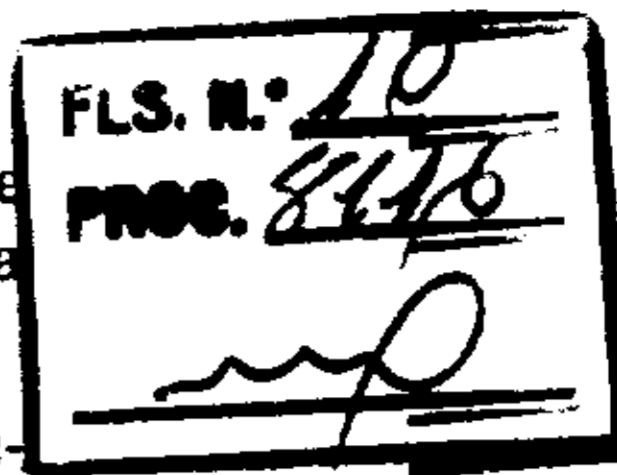
O ressecamento da pele provocado pela Clofazimina pode ser minimizado pela aplicação diária de óleo vegetal após banho, creme de uréia e evitando-se exposição solar.

Estas alterações aparecem mais acentuadas nas lesões hansenóticas e só regridem muito lentamente com a suspensão do medicamento. A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria e da secreção pulmonar com escarros hemoptóicos. Pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.

Gastrointestinais: Diminuição da peristalse e dor abdominal podem ocorrer devido a depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Se os sintomas são severos, a droga deve ser interrompida e reiniciada após regressão completa do quadro clínico. Estes parafefeitos são encontrados normalmente com doses superiores a 100mg/dia por períodos prolongados, geralmente acima de 90 dias.

– Dapsona:

Metahemoglobinemia: Cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos. A ingestão do medicamento deve ser interrompida e o paciente encaminhado imediatamente ao hospital de referência.



Cutâneos: Síndrome de Stevens Johnson's, dermatite esfoliativa ou eritrodermia, implica a interrupção definitiva do tratamento com Dapsona.

Hepáticos: Icterícia. Nestes casos, o uso da Dapsona deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao hospital de referência.

Neurológicos: incluem neuropatia periférica e, raramente, quadros psicóticos. No caso de neuropatias, recomenda-se o uso de vitamina B6. Apresentando-se quadros psicóticos, a administração do medicamento deve ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital de referência.

Insônia: desaparece após algum tempo — o paciente deve ser orientado para ingerir a Dapsona pela manhã ou no almoço.

Anemia Hemolítica: este paraefeito não ocorre na dose preconizada (1,5mg/kg/dia), salvo em indivíduos com deficiência da enzima glicose — 6 — fosfato — desidrogenase (G-6-PD). A conduta a ser adotada é a suspensão da dapsona.

— Etionamida/Protionamida:

Gastrointestinal: Anorexia, salivação excessiva, gosto metálico na boca, náuseas, vômitos, estomatite e diarreia.

Hepáticos: Hepatite, icterícia. O aparecimento de icterícia deve levar à suspensão da droga imediatamente.

As Tioamidas são potencialmente hepato-tóxicas, principalmente quando associadas a Rifampicina, particularmente se o paciente for alcoólatra ou tiver história prévia de doença hepática. A utilização da Etionamida/Protionamida impõe exame clínico e a avaliação laboratorial da função hepática antes e mensalmente durante o tratamento; em caso de sorologia positiva para hepatite, usar essa associação.

— Talidomida:

Teratogenicidade, sonolência, edema unilateral de membros inferiores, obstipação intestinal, ressecamento de mucosas e, mais raramente, linfopenia.

Em virtude da Rifampicina diminuir a ação dos contraceptivos orais, recomenda-se a não utilização da talidomida em pacientes do sexo feminino em idade fértil.

— Corticosteróides:

Distúrbios metabólicos: retenção de sódio e depleção de potássio; aumento das taxas de glicose no sangue; absorção no metabolismo do cálcio, levando a osteoporose, síndrome de Cushing.

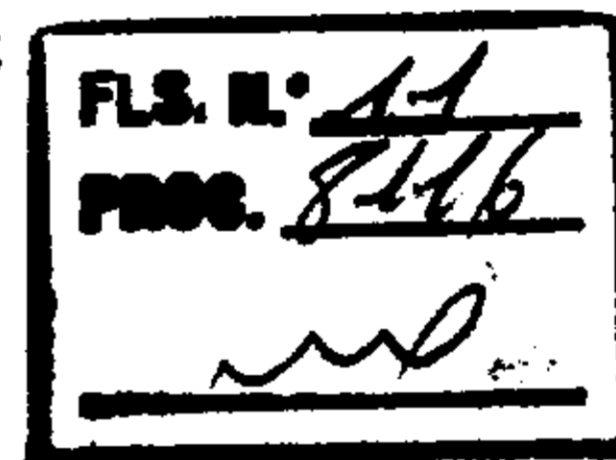
Gastrointestinais: Gastrites, úlcera péptica.

Outras manifestações: agravamento de infecções latentes, acne cortisonica e psicoses.

Os pacientes deverão ser orientados durante o tratamento para as possíveis intercorrências descritas, e a equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o diagnóstico e a conduta adequada em cada caso.

1.3.10 — Os insumos e medicamentos específicos deverão ser distribuídos para todas as instituições de saúde, públicas e privadas, que se responsabilizarem pelo tratamento e controle da hanseníase, devendo ser fornecidos gratuitamente aos pacientes, observando-se as seguintes condições:

— compromisso da instituição com o seguimento das normas de controle estabelecidas e o fluxo de informação da unidade federada;



— obrigatoriedade na notificação dos casos novos à autoridade competente, e outras informações que se fizerem necessárias para a avaliação da endemia na região.

O fornecimento da medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo, uma vez comprovado o não cumprimento das condições acima.

#### 1.4 — Prevenção e Tratamento de Incapacidades Físicas:

Todos os pacientes de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e, no mínimo, uma vez por ano, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Toda atenção deve ser dada ao diagnóstico precoce do comprometimento neural e para tanto os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da Hanseníase. Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso, e a prevenção de futuras deformidades.

Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico, devendo ser integradas na rotina dos serviços, de acordo com o grau de complexidade dos mesmos.

1.4.1 — Ações simples de tratamento e prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples deverão ser executadas pelos serviços básicos de saúde, inclusive por pessoal auxiliar, devidamente treinado e sob supervisão técnica adequada.

1.4.2 — Ações de média complexidade para tratamento e prevenção de incapacidades físicas, além das descritas acima, deverão ser executadas pelos serviços de saúde que disponham de recursos de fisioterapia.

1.4.3 — Ações complexas, além das já descritas (cirurgias, readaptação profissional), deverão ser executadas, indistintamente, pelos centros gerais e especializados de reabilitação. Para tanto, recomenda-se a organização de um sistema regional e multiinstitucional de referência e contra-referência, de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento, com vistas à recuperação e reintegração social dos mesmos.

#### 1.5 — Educação em Saúde:

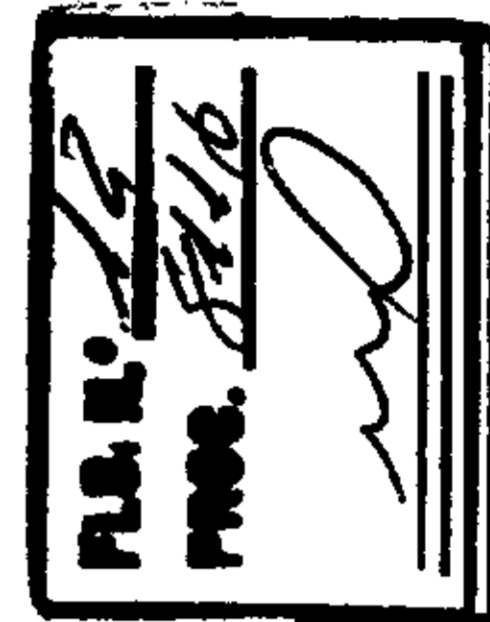
Considera-se que a educação em saúde, enquanto prática transformadora, deve ser inerente a todas as atividades da equipe de saúde no controle da hanseníase, nas relações que se estabelecem entre a rede de serviços e os usuários, recomenda-se que:

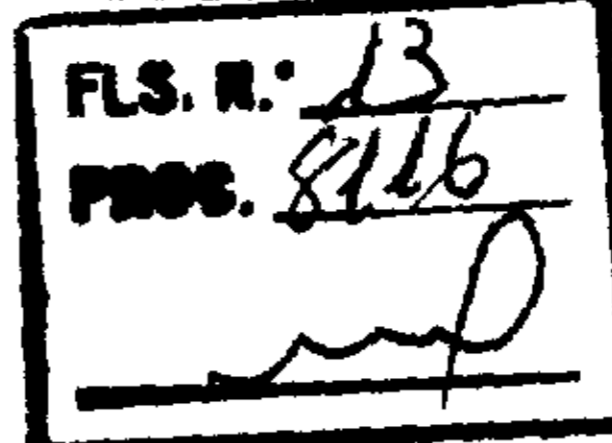
1.5.1 — O processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente ou de seus representantes, do convivente domiciliar e da comunidade, nas decisões que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, no tratamento, prevenção de incapacidades físicas, combate ao estigma e manutenção do paciente no meio social.

1.5.2 — A prática educativa permita a construção e reconstrução de saberes entre a equipe de saúde, clientes, usuários dos serviços de saúde e grupos de população.

1.5.3 — Em todas as Áreas de Saúde, os conteúdos técnicos e científicos devem ser discutidos, de forma a incentivar o autoconhecimento do corpo, propiciando a reelaboração de conceitos que facilitem o reconhecimento precoce dos sinais ou sintomas da hanseníase.

1.5.4 — Em todos os níveis de atendimento ao paciente de hanseníase devem ser discutidos e analisados, com o mesmo, os efeitos e paraceitos, dos medicamentos, quando-se o seu uso a cada caso. Além disso deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade do surgimento de episódios reacionais mesmo após a alta por cura, quando deve procurar imediatamente a atenção do serviço de saúde para evitar seqüelas da doença.





1.5.5 – As equipes de saúde devem ser capacitadas de forma descentralizada, de acordo com as necessidades do serviço e dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para o desempenho de sua função educativa, com metodologias participativas e problematizadoras que permitam a reflexão crítica, a vivência de experiências e o compromisso social com o usuário a que serve, tendo como referência, as experiências municipais de controle social e os Centros de Referência Estaduais.

1.5.6 – O Ministério da Saúde coordenará com o apoio das demais instituições, um programa nacional, sistematizado e contínuo, de divulgação de massa, garantindo informação e esclarecimentos à população sobre a problemática da hanseníase dentro de um programa global de saúde.

1.5.7 – A Dermatologia Sanitária/MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde encaminharão documentos informativos sobre a hanseníase para as diversas entidades religiosas e/ou filantrópicas e meios de comunicação de massa, visando maximizar os conhecimentos científicos atuais sobre a doença, evitando que estes veículos venham a utilizar informações ultrapassadas e/ou termos pejorativos.

1.5.8 – O Ministério da Saúde, através da Dermatologia Sanitária e a Coordenação de Recursos Humanos, fará gestões junto ao MEC para inclusão da hanseníase nos conteúdos programáticos das universidades, com definição de carga horária teórica e prática, de acordo com a especificidade dos diversos cursos e as realidades regionais.

1.5.9 – A Dermatologia Sanitária e a Coordenação Nacional de Educação em Saúde deverão desenvolver um trabalho articulado com o Ministério da Educação, Secretarias de Saúde e Secretarias de Educação, visando contemplar o estudo da hanseníase dentro das nosologias existentes dos programas de saúde das escolas de 1º e 2º graus.

1.5.10 – O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular as pesquisas sobre os aspectos psicossociais e educacionais relacionados com a hanseníase, através de apoio financeiro e gestões junto aos órgãos competentes.

1.5.11 – O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde devem estimular a produção de materiais de apoio, com a participação dos usuários e das organizações comunitárias que subsidiem o processo educativo nas ações de controle da hanseníase, bem como de outras doenças estigmatizantes.

Parágrafo único. Sempre que se fizer necessário, visando a devida compreensão do que é hanseníase, poderá ser feita sua relação com os termos existentes na terminologia popular, adequando-a à clientela.

## 2. Indicadores utilizados para avaliação anual do programa de controle e eliminação da hanseníase, em nível nacional

### I – Indicadores e Epidemiológicos

1. Coeficiente de detecção anual de casos novos por 100.000 habitantes	=	$\frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 1º de julho}} \times 100.000$
------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção de casos

2. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes	=	$\frac{\text{Casos novos detectados com idade entre 0 a 14 anos}}{\text{População entre 0 a 14 anos em 1º de julho}} \times 100.000$
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Coeficiente anual de prevalência, por 1.000 habitantes

$$= \frac{\text{Casos em registro ativo em 31/12/ano}}{\text{População em 31/12/ano}} \times 1.000$$

Utilidade: medir a magnitude da doença

4. Percentagem de multibacilares entre os casos novos detectados no ano

$$= \frac{\text{Total de casos novos multibacilares detectados no ano}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia

5. Percentagem de casos com deformidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano

$$= \frac{\text{Casos novos detectados no ano de avaliação, com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos novos detectados com grau de incapacidade avaliado no ano}} \times 100$$

Utilidade: estimar a eficácia das atividades para detecção precoce de casos

6. Percentagem de casos paucibacilares curados com seqüelas (Coorte)

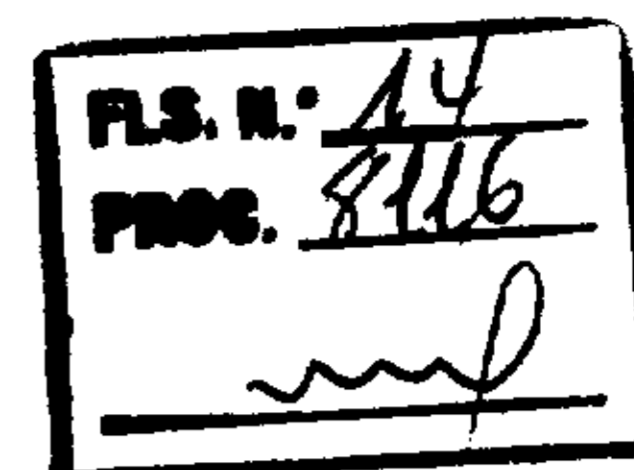
$$= \frac{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte e que curaram com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$$

Utilidade: estimar a capacidade que os serviços de saúde têm de curar o paciente com o mínimo de seqüelas possíveis

7. Percentagem de casos multibacilares curados com seqüelas (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos multibacilares detectados no ano da Coorte que curaram com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos multibacilares detectados no ano com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$$

Utilidade: estimar capacidade que os serviços de saúde têm de curar o pacien-



8. Percentagem de recidivas entre casos paucibacilares (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos baucibacilares que receberam alta por cura no ano da Coorte que recidivaram até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Casos paucibacilares que receberam alta por cura do ano da Coorte}} \times 100$$

Utilidade: indicar o percentual de recidivas ocorridas dentre os casos paucibacilares que receberam alta por cura

9. Percentagem de recidivas entre casos multibacilares (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos multibacilares que receberam alta por cura no ano que recidivaram até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Casos multibacilares que receberam alta por cura no ano da Coorte}} \times 100$$

Utilidade: indicar o percentual de recidivas ocorridas dentre os casos multibacilares que receberam alta por cura

II - Indicadores Operacionais:

1 - Percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidade foi avaliado no ano

$$= \frac{\text{Casos novos detectados no ano com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Utilidade: medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde

2 - Percentagem de casos novos detectados que iniciaram PQT padrão OMS no ano

$$= \frac{\text{Casos novos detectados que iniciaram PQT/OMS no ano}}{\text{Casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Utilidade: avaliar a cobertura de poliquimioterapia padrão OMS entre os casos novos detectados

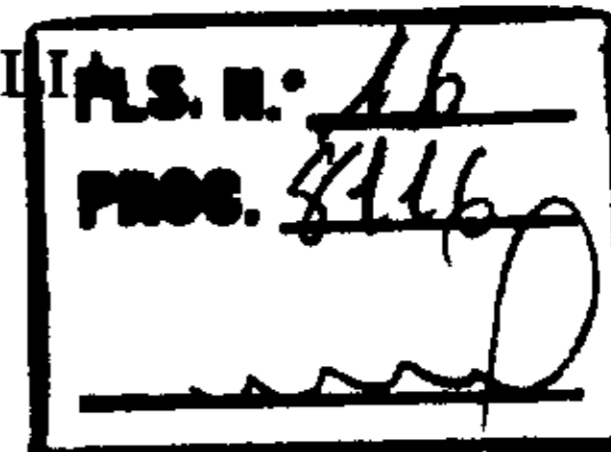
3 - Percentagem de casos curados no ano, com grau de incapacidade avaliado

$$= \frac{\text{Casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos curados no ano}} \times 100$$

Utilidade: medir a qualidade do atendimento

4 - Percentagem de casos em registro ativo não atendidos (abandono) no ano

$$= \frac{\text{Casos em registro ativo em 31/12 que não comparecem ao serviço de saúde há mais de 12 meses}}{\text{Total de casos em registro ativo em 31/12}} \times 100$$



5 - Percentagem de casos paucibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte curados com PQT/OMS até 31/12 do ano subsequente ao da Coorte}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte que iniciaram PQT/OMS}} \times 100$$

Utilidade: avaliar o percentual de cura de casos paucibacilares com poliquimioterapia padrão OMS

6 - Percentagem de casos multibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos multibacilares detectados no ano da Coorte curados com PQT/OMS até 31/12 do 3º ano subsequente a da Coorte}}{\text{Casos multibacilares detectados no ano da Coorte que iniciaram PQT/OMS}} \times 100$$

Utilidade: avaliar o percentual de cura de casos multibacilares com poliquimioterapia padrão OMS

7 - Cobertura acumulada de poliquimioterapia padrão OMS	=	Casos em PQT/OMS em 31 de dezembro	x	100
		Casos de hanseníase em registro ativo em 31 de dezembro		
		Casos que completaram PQT/OMS desde a sua introdução no Brasil		
		Casos que completaram PQT/OMS desde a sua introdução no Brasil		

Nota: Além dos indicadores de nível nacional listados acima, outros devem ser utilizados, segundo a necessidade de acompanhamento e avaliação do programa de controle e avaliação da hanseníase em nível local, regional, municipal e estadual, tais como: proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos detectados no ano; proporção de casos novos detectados no ano submetido a baciloscopia; proporção de casos novos detectados no ano com baciloscopia positiva; proporção de casos em registro ativo com grau de incapacidade avaliado no ano; proporção de casos com deformidades entre os casos em registro ativo avaliados.

### 3 - Aspectos Sociais da Hanseníase:

A hanseníase é uma doença que pode ser incapacitante e provocar atitudes de estigmatização frente ao paciente. Em decorrência recomenda-se:

3.1 - Efetuar assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação por parte dos serviços de saúde, e, sempre que se fizer necessário, permitir o seu acesso a equipes multiprofissionais. Esses profissionais deverão estar devidamente capacitados e alicerçados com os recentes conhecimentos técnicos e científicos da área.

3.1.1 - Manutenção da prática de não afastar os filhos do convívio com os pais portadores da hanseníase.

3.1.2 - Garantia dos procedimentos preconizados nos programas materno-infância, sem nenhuma discriminação aos filhos dos doentes de hanseníase.

3.1.3 - Promoção de ações junto ao núcleo familiar, objetivando a compreensão e participação do mesmo na problemática de hanseníase.

3.1.4 - Estimular a participação em movimentos civis organizados.

3.2 - Estimular a atividade laborativa do paciente através de ações junto às

3.2.1 — Evitar a discriminação do paciente no tocante ao acesso ao trabalho e à capacitação ou readaptação profissional.

3.2.2 — Garantir a manutenção dos pacientes no trabalho, independente da forma clínica observada. Esta recomendação aplica-se, também, às forças armadas.

3.2.3 — Garantir a manutenção dos pacientes nos estabelecimentos de ensino independente do nível escolar.

3.2.4 — Garantir o acesso do paciente aos direitos previdenciários em igualdade de condições aos demais cidadãos.

3.2.5 — Promover a readaptação profissional dos pacientes em outras funções compatíveis quando indicado. Para tanto, deve-se contactar instituições como os Centros de Reabilitação Profissional — CRPs e Núcleos de Reabilitação Profissional — NRPs e promover a eliminação das barreiras porventura existentes, visando o bom atendimento dos doentes de hanseníase nesses locais.

3.2.6 — A reabilitação deverá processar-se visando principalmente, a integração do doente de hanseníase e curado com seqüelas no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho, garantindo aos não reabilitados e assistência social necessária de acordo com as necessidades individuais.

3.3 — Visando a manutenção de uma vida digna às pessoas definitivamente incapacitadas para o trabalho, independentemente de terem ou não contribuído para o Instituto Nacional de Seguridade Social ou Congêneres, deverá ser dado apoio aos grupos organizados de deficientes em geral, entre os quais se incluem as organizações dos doentes de hanseníase, no sentido de aquisição dos meios que lhes garantam a subsistência e/ou amparo pela legislação previdenciária aos âmbitos federal, estadual e municipal.

Para a consecução desses fins, recomenda-se a criação de grupos de trabalho nos diversos estados, com a inclusão de representantes dos pacientes de hanseníase.

Tais grupos deverão articular as instâncias competentes das diferentes instituições, visando a que nas concessões e/ou cessações de benefícios sejam também levados em consideração, além dos aspectos clínicos e profissionais, os aspectos sociais de cada caso.

3.4 — Objetivando o contínuo combate às práticas delituosas ou não, realizadas tanto por pessoas físicas como por entidades que se utilizam de conceitos inadequados para a solicitação de donativos, colaborando assim na perpetuação do estigma da doença, recomenda-se às Secretarias de Estado da Saúde e órgãos afins a adoção das seguintes ações:

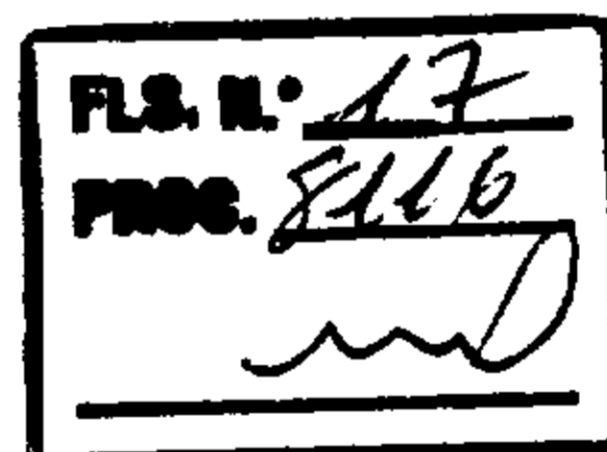
3.4.1 — Esclarecer a população sobre o que é hanseníase, seu controle e eliminação, através de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa.

3.4.2 — Encaminhar aos órgãos competentes as denúncias de práticas delituosas, com vistas à adoção das medidas legais que se fizerem necessárias.

3.5 — Face ao conhecimento científico e à nova política de controle e eliminação da hanseníase, que tem por objetivo o fim do isolamento e a reintegração social dos pacientes, o atendimento dos mesmos deve ser eminentemente ambulatorial. Quando necessária, contudo, a internação deverá ser realizada em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados apenas para os casos de indicação específica, considerando-se as seguintes recomendações:

3.5.1 — Reestruturar as áreas atuais e antigas dos asilos-colônia, mesmo os que tiveram sua denominação alterada, respeitando-se as peculiaridades de cada um e garantindo-se, ainda, a participação dos moradores e entidades representativas nas decisões, de forma a contemplar desdobramentos abaixo:

a) área hospitalar — deve ser recuperada e transformada em centros de referência de Dermatologia Sanitária, centros de prevenção e tratamento de incapacidades físicas e/ou hospitais gerais, de acordo com as necessidades e características da rede de serviços de saúde local.



b) área asilar — deve ser mantida dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Ação Social, no tocante aos recursos materiais, humanos e área física, garantindo-se, prioritariamente, vagas aos usuários dos serviços de hanseníase que, comprovadamente, não apresentem condições para a reinserção social. Para tal prioridade, recomenda-se a adoção dos critérios abaixo, sugerindo-se a exigência de, no mínimo, dois deles para a caracterização de um caso elegível.

- idade superior a 60 anos;
- desvinculação da Previdência Social;
- desagregação familiar (abandono);
- ausência de renda própria;
- incapacidade física e psíquica para atividades laborativas.

Não menos importante, são os contatos com os demais órgãos do governo, de caráter assistencial, instituições não governamentais, com vistas à cobertura de vagas nos demais asilos para os pacientes e curados com seqüelas de hanseníase, de acordo com os critérios anteriormente estabelecidos.

c) área comunitária — compreendendo-se por área construída ou não, dos asilos-colônia, não utilizada, para a prestação de serviços de saúde e assistência (hospitais, ambulatórios, asilos, etc.). Deve-se proceder entendimentos com vistas à cessão das terras compreendidas nessa área, objetivando sua titulação aos pacientes ocupantes ou retirados à revelia, de acordo com a legislação estadual pertinente.

A integração progressiva dessas áreas à comunidade circundante deverá efetuar-se através de um trabalho articulado com a esfera municipal da região, no sentido de que esta assuma os encargos assistenciais dessa comunidade, sem discriminação.

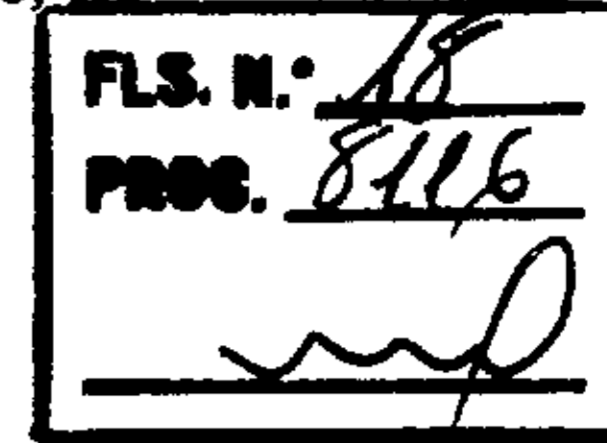
3.6 — O atendimento integral do paciente de hanseníase deverá ser garantido através de entendimentos junto aos órgãos públicos e entidades privadas no sentido de:

3.6.1 — Apoiar e reforçar a reorganização dos serviços de saúde, com base no SUS, garantindo-se o atendimento integral dos usuários, independente das formas clínicas, nos diferentes níveis de atenção.

3.6.2 — Estimular acordos, convênios e projetos de trabalho sobre hanseníase entre as diversas instituições de saúde, adaptando-as às peculiaridades da doença.

3.6.3 — Implementar o processo de reabilitação social através de entendimentos com os órgãos do MTPS/INSS e também filantrópicos, visando assegurar o pleno atendimento a todas as formas da doença, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas respectivas instituições.

(D.O. de 28 de julho de 1993, págs. 10.651 a 10.654).



## BIOLOGIA

— Dispõe sobre a regulamentação para a concessão de Termo de Responsabilidade Técnica em Controle de Qualidade Microbiológica de Águas de Abastecimento Público.

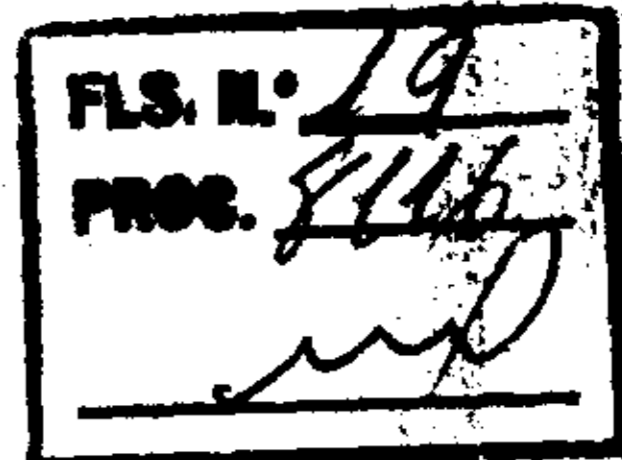
### ENTIDADES DE FISCALIZAÇÃO DO EXERCÍCIO DAS PROFISSÕES LIBERAIS

#### CONSELHO FEDERAL DE BIOLOGIA

#### RESOLUÇÃO N. 11 — DE 19 DE JULHO DE 1993

O Conselho Federal de Biologia, Autarquia Federal criada pela Lei n. 6.684<sup>(1)</sup>, de 17 de setembro de 1979, alterada pela Lei n. 7.017<sup>(2)</sup>, de 30 de agosto de 1982 e regulamentada pelo Decreto n. 88.438<sup>(3)</sup>, de 28 de junho de 1983, no uso de suas atribuições legais e regimentais, e

(1) Leg. Fed., 1979, pág. 684; (2) 1982, pág. 297; (3) 1983, pág. 204.



## LEI N. 9.165 — DE 18 DE MAIO DE 1995

**Dispõe sobre a concessão de pensões aos portadores de hanseníase**

(Projeto de Lei n. 609, de 1992, do Deputado Daniel Marins)

O Presidente da Assembléia Legislativa.

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte Lei:

Art. 1º Ficam concedidas, nos termos da presente Lei, pensões mensais vitalícias e intransferíveis aos portadores de hanseníase, em tratamento nas unidades da rede do Sistema Unificado de Saúde — SUS/SP.

Art. 2º São considerados beneficiários das pensões de que trata o artigo anterior, os doentes que possuem, no mínimo, 2 (dois) graus de incapacidade para o trabalho, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde — OMS e, que não tenham condições econômico-financeiras de subsistência, achando-se em tratamento nas unidades da rede do Sistema Unificado de Saúde — SUS/SP.

Art. 3º As pensões de que trata esta Lei serão intransferíveis e terão seus valores fixados na base de 100% (cem por cento) da faixa I da Escala de Vencimentos Cargos em Comissão, observadas as revalorizações futuras.

Art. 4º Os pedidos de pensão, devidamente instruídos e com parecer conclusivo de comissões previamente, designadas, serão submetidos à consideração do Secretário da Saúde que, se os aprovar, os encaminhará à decisão final do Governador, a quem compete conceder os benefícios.

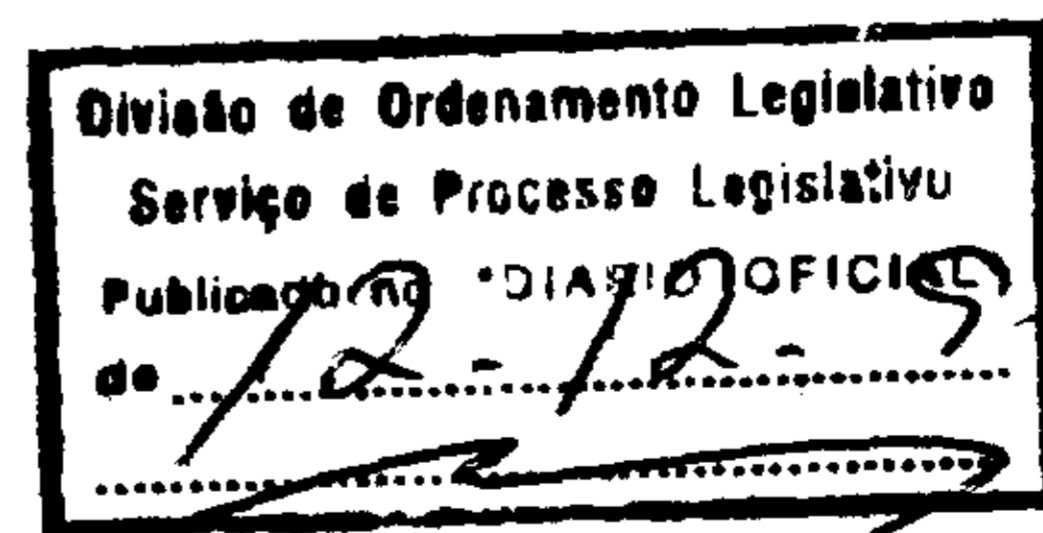
Art. 5º O benefício de que trata esta Lei não poderá ser acumulado com qualquer outro pago a mesmo título pelos cofres públicos, facultada a opção pelos benefícios da presente Lei.

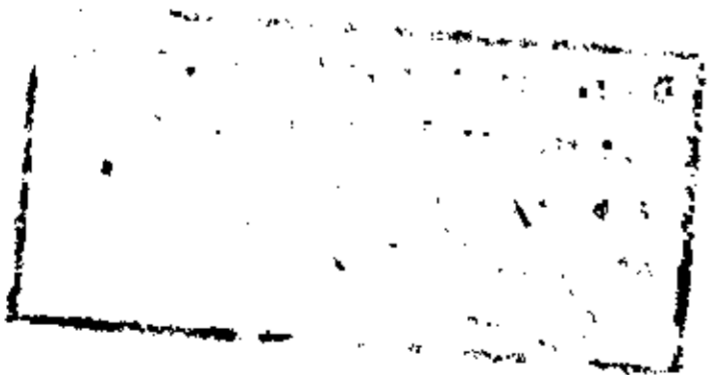
Art. 6º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 30 (trinta) dias contados de sua publicação.

Art. 7º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão à conta das dotações próprias consignadas no orçamento vigente e suplementadas, se necessário.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Ricardo Trípoli — Presidente.





**JUNTADA**

Segue juntada una

fl. de n.º 20

D.O.L. 21 de 1993

\_\_\_\_\_ *[Signature]*

