

POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS  
PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

Subeditor: Dario Almeida Noletto

É permitida a reprodução parcial e total, desde que citada a fonte.

1ª edição: 1999

Tiragem: 3.000 exemplares

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sobreloja

CEP 70058-900 - Brasília - DF Brasil

Telefone: 61 315 25 44

Fax: 61 315 25 19

Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA/99/EO2/MS/SPS/CN-DST/AIDS e UNDCP

Ficha catalográfica

Política Nacional de DST/aids : princípios, diretrizes e estratégias / Coordenação Nacional de DST e Aids. \_ 1. ed. \_ Brasília : Ministério da Saúde, 1999.

p. 220

<b>Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção.....</b>	<b>15</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>17</b>
<b>Diretrizes e Estratégias.....</b>	<b>21</b>
Prevenção.....	21
Drogas e Aids.....	25
Articulação com ONG.....	27
Direitos Humanos.....	29
Comunicação Social.....	32
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>37</b>
<b>Componente 2 - Diagnóstico e Assistência.....</b>	<b>39</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>41</b>
<b>Diretrizes.....</b>	<b>41</b>
<b>Estratégias.....</b>	<b>43</b>
<b>Normas e Procedimentos.....</b>	<b>47</b>
<b>Leis e Portarias Ministeriais.....</b>	<b>55</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>56</b>
<b>Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa.....</b>	<b>57</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>59</b>
<b>Diretrizes e Estratégias.....</b>	<b>61</b>
Treinamento.....	61
Epidemiologia.....	64
Monitoramento de Práticas Sociais.....	66
Informática.....	68
Programação Visual.....	69
Gestão.....	69
Administrativo-financeiro.....	76
Monitoramento e Auditoria Preventiva-UMAP.....	82
Cooperação Externa.....	84



O documento contempla objetivos e diretrizes e define prioridades, tendo como marco os princípios do SUS e o quadro atual da epidemia no Brasil. A divisão de capítulos deste livro procura seguir os componentes do Acordo de Empréstimo do Ministério da Saúde com o Banco Mundial, designado AIDS II. Apresenta também um panorama sucinto da epidemia de aids no País, situando as tendências atuais e os desafios postos, em termos de políticas públicas e mobilização social. Orienta as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social. Compreendendo-se, assim, o SUS é um sistema integrado - Estado e sociedade - que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/Aids é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

Este documento serve de referência e de base para definição de ações e projetos locais e/ou regionais, e pode ser manuseado a partir dos diferentes componentes, atendendo a interesses específicos ou gerais. Subsidia tanto órgãos governamentais quanto não governamentais, no que se refere à Política Nacional de DST/Aids.

Esperamos que este documento seja útil e contribua para o debate em torno deste tema tão atual e desafiante (aids), seja para a definição de ações na área governamental ou para a sociedade civil.

Pedro Chequer



A luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia esta relação — Estado e sociedade — esteve presente. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da aids nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. Essa característica de formulação e definição de estratégias de prevenção e assistência, em parceria com a sociedade civil e a comunidade científica faz parte da história da aids no Brasil.

A epidemia de aids, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, tanto em âmbito mundial como nacional. A tendência atual no Brasil é caracterizada pela feminização, pauperização, heterossexualização e interiorização.

A determinação política e o reconhecimento da extensão e da magnitude da epidemia impõem desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo um esforço maior no envolvimento dos diversos setores governamentais e não-governamentais.

Os principais desafios são a redução da incidência da aids nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e aids; e a priorização das ações voltadas para as DST no País.

Para isso, é de fundamental importância o envolvimento de diversos setores governamentais — como educação, instituições de pesquisa, áreas econômica e social, forças armadas, setor judiciário — e também de setores não-governamentais como: religiosos, organizações de pessoas afetadas por (e vivendo com) HIV/aids, organizações de movimentos sociais, empresariado e organismos internacionais.

O fortalecimento dos gestores estaduais e municipais — integrando as ações aqui propostas no cotidiano das rotinas dos serviços e das unidades de saúde — e o fomento à incorporação/ampliação na agenda política desses gestores e nos fóruns de controle social da questão das DST/aids - transformando-a, de uma questão da área de saúde em uma questão social relevante - são pontos fundamentais para o enfrentamento da epidemia no País.

Promover ajustes, reorganizar ações e estabelecer novos procedimentos fazem parte dos-





serviços de saúde, de assistência, à informação e à educação. Na maioria das vezes essas pessoas estão à margem das políticas públicas, e isso dificulta as ações que visam à prevenção, ao diagnóstico precoce e até mesmo à assistência. São populações mais vulneráveis devido à exclusão social em que se encontram dentro da própria estrutura social — pessoas, enfim, que são mais atingidas por doenças infecto-contagiosas, entre elas o HIV.

Os programas de DST/aids não são, nem podem ser, dissociados de outras ações do setor público, a começar pelo próprio setor saúde. Algumas dificuldades presentes nesse setor vão desde a insuficiência de investimentos em equipamentos até a escassez de recursos para custeio, passando pela falta de recursos humanos capacitados adequadamente. Essas questões têm-se constituído em entraves a um avanço maior na política de promoção à saúde e de descentralização das ações em DST/aids. O próprio conceito de promoção à saúde e prevenção é um desafio dentro do SUS, quando ainda coexistem visões e práticas que reforçam uma idéia fragmentada da saúde, em detrimento de uma visão integral da mesma, e, por conseqüência, isso se reflete em suas ações e em seus serviços.

Em que pese as significativas conquistas desde a implantação do SUS em 1988, este ainda é um sistema em construção, em processo de transição entre o velho sistema hospitalocêntrico — vertical, centrado nas ações assistenciais curativas e na figura do profissional médico — e o novo — centrado na integralidade e interdisciplinaridade das ações, na universalidade da atenção, na participação e controle social e na descentralização.

Novos avanços na implementação do SUS dar-se-ão, tendo como precondições a negociação, a articulação e a pactuação entre gestores das três esferas de governo e em permanente diálogo com a sociedade civil. Esse é um desafio que está posto não apenas para a área programática de DST/aids, mas para todo o setor saúde. A articulação intersetorial com as diferentes áreas do Ministério da Saúde é fundamental para avançarmos na adoção de medidas preventivas e de assistência em DST/aids. Para tanto, já estão em curso ações conjuntas com as áreas de saúde da mulher, do adolescente, da criança, saúde mental, vigilância sanitária, saúde da família e agentes comunitários de saúde, entre outras.

Entretanto, mesmo diante dessas adversidades, obtivemos conquistas nas políticas públicas relativas à epidemia de aids no Brasil. Podemos enumerar algumas de maior destaque, como a adoção de um referencial ético consensual: o acesso universal aos medicamentos (Decreto

na esfera política, como a alocação de recursos e a revitalização do setor público de saúde no Brasil.

A implementação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/aids e garantam os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus, requer vontade política.

Historicamente, poderíamos dizer que o curso da epidemia no País pode ser dividido em três grandes fases:

- 1 - uma fase inicial — que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde —, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de "grupo de risco";
- 2 - uma segunda fase — que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus —, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de "comportamento de risco";
- 3 - uma terceira fase — que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus—, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo, aqui, um conceito de "vulnerabilidade".

Os desafios apontados na terceira fase demandam novas respostas, do governo e da sociedade civil, que vão desde a reconceitualização da epidemia até a modalidade de enfrentamento de sua expansão social.

No momento em que a epidemia da aids em nosso País passa por um processo de feminização, interiorização e pauperização, atingindo cada vez mais pessoas que têm muitos de seus direitos restringidos, é importante pensarmos como serão formuladas e implementadas as





3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids.

Os objetivos específicos que se desdobram são:

1. promover a adoção de práticas seguras em relação às DST;
2. promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;
3. aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
4. promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;
5. reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;
6. assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;
7. promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;
8. promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas.

Esses objetivos norteiam as diretrizes e estratégias dos três componentes que constituem o Programa Nacional de DST/Aids, que, por sua vez, servirão de base para as ações de prevenção, de assistência, de garantia dos direitos humanos, de comunicação social e de desenvolvimento institucional que estejam no contexto da tomada de decisões de políticas públicas e que estabeleçam modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, considerados seus aspectos culturais e sociais.

Por sua vez, a descentralização dessas ações, visando-se à continuidade e à sustentabilidade do programa, é fundamental para o fortalecimento dos gestores municipais e estaduais e para a implementação de uma política de capacitação de recursos humanos destinada às ações de controle de DST/aids no Brasil.

Compreendendo esse universo, o Programa Nacional de DST/Aids integra três componen-









O Componente "Promoção à Saúde, Proteção dos Direitos Fundamentais das Pessoas com HIV/aids e Prevenção da Transmissão das DST, do HIV/aids e do Uso Indevido de Drogas" compreende as áreas de Prevenção, Articulação com ONG, Drogas e aids, Comunicação Social e Direitos Humanos e Saúde Mental em HIV/aids.

Esse componente articula suas diretrizes, estratégias e ações, tendo em vista a redução da incidência da infecção pelo HIV/aids e por outras DST.

## ***Principais Conceitos e Referenciais Teóricos***

Os principais conceitos do campo da promoção à saúde são vulnerabilidade e risco, redução de danos, direitos humanos, participação e controle social, e comunicação social:

**Vulnerabilidade e risco:** os grupos populacionais, alvo dos projetos de intervenção, são considerados segundo sua situação de risco e vulnerabilidade, em que o conceito de vulnerabilidade é entendido como a pouca (ou nenhuma) capacidade do indivíduo, ou do grupo social, de decidir sobre sua situação de risco. Em relação às pessoas já infectadas, refere-se à restrição de acesso aos serviços e recursos terapêuticos. A vulnerabilidade está diretamente associada aos fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

**Redução de danos:** visa à redução de danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas, estimulando a mudança de comportamento e reduzindo as conseqüências prejudiciais, variando de pequenos decréscimos no risco até o total desaparecimento do comportamento. Aplica-se àqueles períodos de vida das pessoas, quando, não podendo (ou não querendo) abster-se, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de substâncias psicoativas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e práticas sexuais desprotegidas.

**Participação e controle social:** a participação social tem em vista garantir os direitos de cidadania das pessoas que vivem direta ou indiretamente com aids, fortalecer as instâncias democráticas em relação ao controle social dos recursos da saúde e promover a participação do cidadão, no sentido de fortalecer as ações comunitárias.

**Direitos humanos:** busca garantir a vinculação direta das políticas públicas de DST e aids,

- os grupos devem ser considerados segundo critérios de vulnerabilidade e risco;
- a participação e a mobilização dos grupos sociais são de fundamental importância para mudança de práticas, atitudes e comportamentos;
- as ações devem ser dirigidas aos indivíduos, aos grupos específicos e à população em geral, considerando-se os aspectos relacionados à situação de risco e vulnerabilidade.

Dessa forma, este componente específico enfatiza a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania. Tendo em vista essa prioridade, a promoção à saúde resgata o pragmatismo das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, oferecendo elementos para a avaliação objetiva das diferentes situações dos indivíduos em face da epidemia de aids.

Promover a saúde é parte integrante e substantiva de todo o processo de desenvolvimento econômico e social com equidade, e isso representa um desafio para todos aqueles que hoje se encontram na frente de luta contra a aids. Portanto, a promoção à saúde constitui o alicerce para se alcançar a melhoria da qualidade de vida, da cidadania plena, da participação e do controle social sobre as ações do Estado.

Nesse aspecto, algumas condições são essenciais para a garantia da promoção à saúde:

- a promoção de atitudes de solidariedade, não-preconceito e não discriminação em relação às pessoas portadoras de HIV/aids;
- a garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de HIV/aids;
- acesso à rede de saúde e aos insumos e serviços de prevenção às DST/aids e ao uso indevido de drogas; e
- a descentralização de ações no âmbito da prevenção, da promoção e da educação em saúde.

As estratégias pertinentes à promoção da saúde contemplam três níveis de complexidade:

- preparar a sexualidade plena e responsável, oferecendo subsídios para a avaliação de situações de maior exposição ou de menor chance de proteção à infecção;
- proteção específica aos agravos e riscos individuais e sociais, tornando disponível conhecimento e instrumental específico de prevenção às doenças de transmissão sexual e sangüínea ; e

- de temas específicos, como: direitos humanos, gênero, exclusão social, sexualidade e drogas;
- 5 - as ações e intervenções propostas devem estar baseadas em um diagnóstico situacional e institucional prévio;
  - 6 - sistemas de monitoramento para acompanhar a execução das ações, incluindo-se seus desdobramentos, devem ser incorporados ou aprimorados;
  - 7 - o desenvolvimento das ações pressupõe o acesso à informação e aos meios adequados para a adoção de práticas seguras, como: materiais educativos próprios às populações a que se destinam, os preservativos e equipamentos para injeção;
  - 8 - para o desenvolvimento de ações, os indivíduos e grupos devem ser envolvidos como parceiros efetivos e atuantes;
  - 9 - o aconselhamento é um procedimento fundamental nas práticas de prevenção e assistência às DST/HIV/aids;
  - 10 - as ações na área de drogas e aids trabalham com os conceitos de redução de demanda e de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas;
  - 11 - as ações de comunicação de massa para populações específicas devem priorizar os veículos rádio e televisão, entre outros, uma vez que esses são meios que garantem o acesso à informação a um público que, devido à situação socioeconômica, tem dificuldades de obtê-la.

Para o alcance das ações de promoção e prevenção às DST/aids, dois grandes modelos de intervenção foram concebidos e, como todo modelo, há limitações; portanto não estão isentos de juízos de valor. Mas são os que estão em voga no campo da prevenção e vêm sendo utilizados correntemente pelos profissionais que atuam na área:

- 1) modelos de mudança de comportamento centrados no indivíduo (anexo I componente 1, pg 88);
- 2) modelos de intervenção comportamental centrados no grupo ou no coletivo (anexo II componente1, pg 89).

A efetividade destes modelos é alcançada no processo de identificação e definição da po-

Exemplos:

- população em situação de pobreza;
- crianças e adolescentes;
- mulheres.

#### *População específica*

Alguns segmentos, ou grupos populacionais, e/ou a sua rede de sociabilidade, caracterizam-se pela adoção de práticas e comportamentos que os colocam sob situação de maior risco de infecção das DST/HIV/aids e pelo uso indevido de drogas. A população específica é definida como a de menor abrangência e cobertura, a de maior focalização das ações e maior homogeneidade populacional. Nesse universo, as estruturas de interação e de redes sociais são mais fechadas. Exemplos:

- populações em situação de pobreza em assentamentos rurais;
- crianças e adolescentes em situação de rua;
- mulheres profissionais do sexo.

da epidemia de DST/aids, articulando-se externamente com outras instâncias de governo e da sociedade civil, levando em conta os avanços científicos, a noção do processo saúde e doença e considerando determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos.

Para tanto, opera por meio de Grupos Temáticos, Grupos Matriciais e Comitês Assessores. Os grupos temáticos são constituídos por representantes da CN-DST/AIDS, de outras esferas governamentais e da sociedade civil e têm o objetivo de discutir técnica e cientificamente problemas considerados relevantes para a definição de estratégias e ações no campo da promoção. Os grupos matriciais operam no sentido de garantir a transversalidade e a interface dos temas, das populações-alvo dos projetos e outras áreas técnicas afins. Os Comitês Assessores têm o objetivo de assessorar técnica e politicamente as decisões no campo da formulação de políticas.

### ***Prevenção***

- Estabelecimento de políticas de prevenção em nível nacional, contemplando a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade para as DST/HIV/aids;
- Articulação com outras esferas dos poderes público, privado e da sociedade civil, buscando promover maior integração das ações de promoção à saúde e prevenção das DST/aids;
- Fortalecimento das ações de intervenção comportamental, por meio de apoio a programas e projetos.

### ***Diretrizes***

- as mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco;
- o estabelecimento de modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto a tomada de consciência em relação a sua situação de vulnerabilidade e risco, levando-se em conta os aspectos culturais, os contextos sociais

- campanhas de massa, por intermédio da mídia impressa e eletrônica, e intervenções educativas trabalhando atitudes e valores relacionados à auto-estima — e à conscientização sobre o risco — da população. Esses trabalhos de intervenção consideram aspectos culturais, situações particulares do cotidiano da população e características regionais, além de se articularem internamente com as atividades-meio do componente de promoção à saúde;
- apoio a projetos de intervenção comportamental e elaboração de materiais educativos e informativos, buscando atingir os diferentes grupos sociais, estimulando-os a adotar práticas mais seguras que reduzam a transmissão do HIV/aids;
- apoio às iniciativas comunitárias na criação e manutenção de ambientes favoráveis à redução da vulnerabilidade e do risco de infecção pelo HIV;
- desenvolvimento de parcerias com o setor empresarial, estimulando ações integradas com os órgãos governamentais conveniados, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal;
- estímulo à demanda e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção, como os preservativos e seringas descartáveis;
- capacitação de recursos humanos para formação de agentes multiplicadores de informação sobre as DST e o HIV/aids.

### ***Serviços e Insumos de Prevenção***

#### *Centro de Testagem e Aconselhamento*

Os serviços de testagem e aconselhamento são de fundamental importância para as ações de promoção à saúde e constituem espaços que garantem o acesso da população à realização do diagnóstico precoce, ao mesmo tempo em que possibilitam o contato com grupos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade. O teste é acompanhado de atividades de educação, aconselhamento e de intervenção. Os CTA têm como objetivos:

- promover o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, de forma confidencial e gratuita, acompanhado de ações de aconselhamento;

- capacitação de equipe técnica para supervisão, avaliação da qualidade do serviço prestado à população e capacitação dos profissionais que atuam com testagem e aconselhamento;
- criação de comitê-assessor, nos níveis estadual/regional/federal, para subsidiar os programas no monitoramento e normalização dos serviços de testagem e das ações de aconselhamento;
- apoio técnico à realização de estudos e pesquisas desenvolvidas por equipes dos CTA e apoio à participação de equipes em fóruns técnico-científicos, de âmbito nacional ou internacional.

#### *Serviço de Informação por Telefonia - Disque Saúde/Pergunte Aids*

Este é um serviço telefônico gratuito, de atendimento disponível ao público em geral, por meio de linha 0800, que existe desde 1996 no âmbito do Ministério da Saúde, com funcionamento de 24 horas por dia. Tem por objetivo tornar disponíveis informações gerais sobre a transmissão e a prevenção das DST/HIV e drogas, além das referências de serviços de assistência nesse campo.

Após 1997, este serviço passou a abranger outros agravos à saúde, informando sobre os programas de atenção básica, de agentes comunitários de saúde, e de saúde da família, sobre farmácia básica, planos e seguros de saúde e transplantes e doação de órgãos, conselhos de saúde, ações do Ministério da Saúde e as formas de encaminhamento de denúncias de violências contra crianças e adolescentes.

#### *Promoção ao Uso do Preservativo*

O preservativo constitui o principal insumo de prevenção para a redução das taxas de infecção pelo HIV. Estudos realizados com diferentes segmentos populacionais têm demonstrado a necessidade de se aumentarem a demanda e a adesão da população, consideradas a importância do controle da transmissão sexual do HIV e a necessidade de fomentar o uso do preservativo nas relações sexuais com penetração, sobretudo nas relações eventuais. Nesse sentido, a estratégia

- diagnóstico situacional, no que se refere a oferta, demanda, aceitabilidade, preço e eficácia do preservativo na prevenção das DST/HIV/aids;
- gerenciamento, distribuição e avaliação do preservativo, no que se refere a coordenação e planejamento da compra, qualidade, armazenagem e consumo;
- uso do preservativo, concomitante com estratégias de redução de risco de infecção, entre elas a redução do número de parceiros, de parceiros concomitantes e o adiamento da primeira relação sexual entre os jovens, nas relações sexuais com penetração. Vale destacar que o preservativo associa-se a todas essas estratégias e deve-se inserir no contexto do comportamento sexual de homens e mulheres, levando em conta as condições desiguais de gênero e de poder que existem nas relações sociais e individuais.

Em linhas gerais, a promoção ao uso do preservativo deve enfatizar sua aceitação, sua demanda e seu uso correto, e estar associada ao comportamento sexual de homens e mulheres, promovendo sua inserção em práticas sexuais seguras.



prevenção das DST/aids e do uso indevido de drogas e a articulação do binômio drogas e aids entre outras populações vulneráveis ao consumo de drogas, e b) a redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, priorizando o usuário de drogas injetáveis para que, no período de vida no qual não pode - ou não quer - parar de usar drogas, não se infecte com o HIV.

- A classificação das drogas em lícitas e ilícitas não deve ser utilizada como critério discriminatório para a definição de prioridades com vistas no desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento do uso indevido.
- Os usuários de drogas são cidadãos, do ponto de vista de seus direitos e obrigações, e as políticas públicas relativas ao uso de drogas e aids, devem contemplar a garantia de seus direitos humanos.
- A construção da cidadania é condição básica para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/aids e ao uso indevido de drogas e deve ser fundamentada em princípios de autonomia, dignidade, solidariedade, respeito e convivência familiar e comunitária, com responsabilidade e compromissos individuais e coletivos.

## **Estratégias**

- Apoio político para a articulação com segmentos da educação, da justiça e da ação social no sentido do desenvolvimento de estratégias de prevenção ao HIV dirigidas a usuários de drogas.
- Apoio de ações de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas, promovendo-se a adoção de práticas seguras no uso injetável de drogas e na prática sexual por usuários de drogas injetáveis e usuários de outras drogas.
- Apoio técnico e financeiro a organizações da sociedade civil, para projetos estratégicos na área de aids e drogas.
- Discussão, promoção e adoção de estratégias de abordagem do usuário de drogas HIV+, ou com aids, pelos serviços de referência da aids (clínica, terapêutica e de aconselhamento).
- Apoio a instituições de referência para a capacitação de pessoal das áreas de saúde, justiça, educação e assistência social para o desenvolvimento de propostas institucionais de mobilização e multiplicação de informações sobre aids e drogas.

inúmeros agravos em função do uso de drogas, sem haver o objetivo imediato da abstinência.

Esta é uma proposta clara de controle e de autocuidado com relação ao uso de drogas, naquele momento de vida em que o usuário não quer — ou não tem — condições imediatas de abster-se, mas que, se acolhido e sentindo-se seguro, pode, posteriormente, optar pelo tratamento. Permite, também, desenvolver o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre as pessoas do círculo de relação. Seus agentes de intervenção — os redutores de danos — recebem as seringas já utilizadas e põem à disposição da clientela preservativos, seringas e outros equipamentos de proteção, com o objetivo de evitar o compartilhamento de equipamentos para a injeção de substâncias psicoativas. Assim, em um processo educativo, previnem-se as infecções pelo HIV e por outros agentes de doenças de transmissão sangüínea, como as hepatites, a malária e a doença de Chagas.

**Diretriz:**

- Incorporação da sociedade civil na formulação de estratégias e ações visando tanto a promoção de políticas públicas de saúde que auxiliem na redução do impacto da epidemia de HIV/aids, quanto a inclusão de representantes da sociedade civil em instâncias diversas, no nível central e local.

**Estratégias**

- Aumento da participação da representatividade da sociedade civil em comitês e comissões, nas esferas federal e local.
- Apoio técnico e financeiro para ações da sociedade civil voltadas para a assistência e a prevenção em HIV/DST/aids.
- Promoção da parceria entre ONG, governo, setor privado e agências de cooperação visando a sustentabilidade das ações.
- Promoção de estudos e pesquisas que possibilitem um maior conhecimento sobre o cenário nacional no que diz respeito às ações em HIV/DST/aids realizadas pela sociedade civil.
- Intercâmbio com países da América Latina, Caribe e os países africanos de língua portuguesa visando a ampliação do trabalho em rede realizado pela sociedade civil e o fortalecimento da relação sul-sul.
- Fortalecimento das instâncias nacionais de cooperação e articulação — como fóruns e redes — visando a melhoria da interlocução com outros setores, assim como o fortalecimento do movimento social organizado.
- Incentivo à formação de instâncias de controle social das políticas públicas de saúde onde a sociedade civil tenha seu espaço garantido e, ao mesmo tempo, estimular a participação da sociedade civil nos fóruns já existentes. .

**Normas e Procedimentos**

O processo se dá por meio de concorrência pública, de âmbito nacional, realizada anualmente, quando são selecionadas por um Comitê Diretivo Externo, em vista de critérios definidos

O Comitê Diretivo Externo, responsável pela seleção das propostas, é designado por Portaria Ministerial e renovado a cada dois anos.

As prioridades de cada concorrência são definidas pela Coordenação Nacional, considerada a análise das tendências impostas pela epidemia, seja nas regiões geográficas, seja em população específica.

A análise das propostas se dá ante três níveis de critérios de elegibilidade, a saber:

#### *Critérios Técnicos*

- compatibilidade dos objetivos da proposta com os objetivos gerais do Projeto AIDS II;
- integração com o SUS, estando explicitados os atores envolvidos na parceria;
- compatibilidade com as necessidades identificadas na população-alvo;
- qualidade técnica do projeto.

#### *Critérios Gerenciais e Financeiros*

- coerência do orçamento proposto com os objetivos, atividades e resultados previstos;
- indicação na proposta da contrapartida e/ou co-financiamento;
- capacidade administrativa e gerencial da instituição;
- inexistência de inadimplência da instituição junto à CN-DST/AIDS.

#### *Critérios Epidemiológicos, Populacionais e Geográficos*

- localização geográfica do projeto;
- identificação do percentual de cobertura da população-alvo;
- integração interinstitucional;
- potencial do projeto em atingir áreas geográficas identificadas como prioritárias e áreas de concentração populacional de maior risco e/ou vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

As propostas aprovadas pelo Comitê Diretivo Externo são analisadas técnica e financeira-

precisa criar mecanismos que garantissem e protegessem esses direitos, individuais e coletivos, da pessoa humana. Para otimizar o cumprimento dessa obrigação, a Presidência da República, em 13 de maio de 1996, promulga o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH).

No contexto da epidemia de aids, nas duas décadas de epidemia no Brasil, o direito à prevenção e ao tratamento é reconhecido como um direito fundamental, havendo, dentro do PNDH, itens específicos para garantir e proteger o exercício desse direito.

Imbuída dessa concepção, a Rede de Direitos Humanos e Saúde Mental (RDH) em HIV/aids, constituída por assessores técnicos das áreas jurídica e de saúde e de instituições/pessoas cadastradas em mala direta, é uma Assessoria da Coordenação Nacional, criada para garantir a vinculação direta das políticas públicas em DST e aids, com o respeito aos direitos humanos, assessorando e fomentando as instâncias governamentais e não-governamentais locais quanto às iniciativas para garantia dos direitos e combatendo as condutas sociopolíticas recorrentes de preconceito e discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/aids.

Fragmentariamente, podem ser elencadas questões freqüentes de desrespeito aos direitos humanos, que atingem tanto cidadãos com HIV/aids quanto outros envolvidos com a epidemia: obstáculos no acesso ao diagnóstico, assistência e tratamento; impedimentos ao convívio social nos ambientes de moradia, trabalho, escola; testagem compulsória; violação de privacidade.

### **Diretrizes**

A Rede, cumprindo seu papel vinculante das políticas públicas com os direitos humanos, estabelece dois modos operacionais essenciais:

1. Negociações institucionais — governamentais e não-governamentais — e interinstitucionais permanentes, na tentativa de ajustar medidas de saúde pública ao respeito aos direitos humanos;
2. Adoção de uma política educativa em que a ênfase sobre as restrições (identificação, controle, notificação), próprias das medidas de saúde pública tradicional, é substituída por uma política que enfatiza e aperfeiçoa a proteção aos direitos humanos base-

Superior Tribunal de Justiça que corrobora a constitucionalidade da Lei nº 9.313/96 que dispõe sobre o direito dos pacientes portadores do HIV de ter acesso aos medicamentos para tratamento da aids, sendo esta uma garantia constitucional: o direito à vida e à saúde.

No que se refere à diretriz 2, a disseminação de informações se dá por meio da edição de material informativo periódico, como o Notas da Rede: publicação mensal com informações de naturezas diversas, distribuída por uma mala direta que compreende aproximadamente 1400 pessoas/instituições; edição de Boletins Temáticos, estando anexo o nº 3, que versa sobre a reintegração de trabalhadores soropositivos demitidos por condutas discriminatórias de suas empresas, também distribuído pela mala direta e em eventos realizados pela CN-DST/AIDS ou por entidades parceiras.

Esses eventos têm público-alvo diverso, podendo ser direcionados às pessoas vivendo com HIV/aids, profissionais que lidam com a epidemia ou à população em geral. Qualquer que seja o público, o objetivo do evento é instrumentalizá-lo com informações adequadamente repassadas sobre direitos e responsabilidades, ou seja, cada público-alvo terá uma linguagem adequada a ser adotada com as informações que lhe são pertinentes e úteis no desenvolvimento de suas ações e atividades cotidianas.

Os Encontros Regionais da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP +) são apoiados pela RDH, e sua realização é responsabilidade da RNP +. O Curso de Capacitação de Profissionais do Direito realizado pela RDH busca instrumentalizar esses profissionais para a defesa dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV e aids. A RDH participa, ainda, das capacitações dos profissionais da saúde, repassando para esses profissionais informações sobre a conduta ética, bioética e legal no desempenho da profissão.

### Saúde Mental e Aids

A saúde mental abre um item no campo da epidemia de HIV/aids que pode ser assim sistematizado:

1. pelo impacto psicossocial da própria epidemia;
2. pelas manifestações psiquiátricas decorrentes das infecções e afecções associadas

rias, pela implantação da rede de Centros de Testagem e Aconselhamento e pela inclusão do aconselhamento nos treinamentos dos profissionais envolvidos.

A partir de 1997, por proposta da Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), a articulação aids/saúde mental foi incorporada à Rede de Direitos Humanos em HIV/Aids, o que, de certo modo, substantiva as manifestações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando os direitos humanos intrínsecos à terapia psiquiátrica.

Integrando a política de saúde mental do Ministério da Saúde, as estratégias estabelecidas com esta sua área compreendem:

1. integração entre as instâncias de assistência à aids (coordenações de DST/aids, hospitais, Serviço de Atendimento Especializado, Hospital - Dia, Atendimento Domiciliar Terapêutico) e à saúde mental (coordenações de saúde mental, hospitais, Centros de Atenção Psicossocial — CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial — NAPS);
2. estudos que dimensionem a vulnerabilidade dos doentes mentais à infecção pelo HIV;
3. estudos que avaliem metodologias adequadas à prevenção de DST/aids entre doentes mentais;
4. publicação técnica abrangendo aspectos nosológicos, assistenciais e terapêuticos da interseção aids/manifestações psiquiátricas;
5. identificação e fomento de ações que otimizem as respostas subjetivas dos profissionais que trabalham no campo da aids.

DST e aids deve ter como prioridade o respeito à audiência, e a identificação, com precisão, (I) do seu público-alvo, (II) da mensagem que se quer transmitir, e (III) da forma e meio mais adequados para a sua transmissão.

### **Diretrizes**

Todas as mensagens publicitárias, de cunho informativo e educativo, e recomendações técnicas respeitam as seguintes diretrizes, na sua comunicação:

- Democratização do acesso à informação sobre DST/HIV/aids e drogas, sexualidade, direitos humanos, cidadania, solidariedade, assistência e tratamento aos portadores de infecção e pacientes, e usuários de drogas;
- Ênfase do caráter prioritário e estratégico da prevenção no controle da epidemia;
- Promoção de campanhas contínuas e progressivas, gerais e segmentadas, de natureza informativa e educativa, que induzam à mudança de comportamentos de risco para práticas mais seguras;
- Respeito à regionalidade, características culturais, costumes, escolhas e hábitos individuais e coletivos;
- Promoção da auto-estima e responsabilidade social e individual sobre a saúde.

### **Estratégias**

A importância da seleção de estratégias de comunicação em DST/HIV/aids e drogas permite a otimização no uso dos recursos e da maximização dos seus resultados. Assim sendo, um plano de informação, educação e comunicação em DST/HIV/aids e drogas promove, entre as suas ações estratégicas:

- Produção de material informativo e educacional ( livros, revistas, jornais, folhetos, vídeos etc.) para o público geral e segmentado, de material instrucional ( guias e manuais, boletins, vídeos e outros) para a capacitação de profissionais das áreas de saúde, educação, e outras afins à epidemia, objetivando a maior eficácia na compreensão da mensagem e



- ção e comunicação (IEC) em DST/HIV/aids e drogas, via supervisão de campanhas regionais/locais, promoção de cursos, oficinas de trabalho e outras formas de treinamento, em temas como editoração, campanhas, imprensa etc.; e estímulo à criação de assessorias de imprensa nas coordenações estaduais e municipais de DST e aids;
- Utilização do rádio e da TV — e de outros veículos de comunicação que prescindam da leitura de textos — na informação para a educação e prevenção das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas, a partir da definição de um modelo estratégico de comunicação afim e do cadastramento das rádios e TV comunitárias ou a cabo, de todo o País;
  - Planejamento e produção de insumos, e treinamento para a implementação de campanhas específicas visando a promoção do acesso da população à testagem e aconselhamento em HIV/aids, bem como a adesão dos seus portadores e pacientes ao tratamento com anti-retrovirais;
  - Estabelecimento de alianças na sociedade e mobilização de atores sociais, pares e/ou agentes multiplicadores, para a disseminação de informações acerca da prevenção às DST/HIV/aids e ao uso indevido de drogas, junto aos seus respectivos grupos/segmentos sociais;
  - Dissociação do preservativo das relações sexuais vistas como promíscuas ou imorais, legitimando o seu caráter indispensável e o seu uso freqüente;
  - Difusão de informações e estratégias de negociação do uso de preservativos pelo(a) parceiro(a).

### ***Normas e Procedimentos***

A legislação em vigor no campo da saúde toma como referência os dispositivos constantes no Título VIII da Ordem Social, Capítulo II da Seguridade Social, Seção II da Saúde, que integram a Constituição Federal de 1988.

A saúde é definida como um direito de cidadania e dever do Estado,

"garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação".

Essa base constitucional tem sua regulamentação nas Leis nº 8.080 e 8.142, Leis Orgânicas da Saúde (LOS), de 1990, que estabelecem os princípios da descentralização, municipalização

*T*  
*E*

*1*

***Legislação aplicada  
campo da educação***

Portaria Interministerial nº 791  
maio de 1992

*T*  
*E*

*1*

4. Brasil. Ministério da Saúde. HIV nos Tribunais, 1999
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim de Direitos Humanos - Reintegração Judicial de Trabalhadores Soropositivos Dispensados do Trabalho Discriminatoriamente e/ou Preconceituosamente. Brasília, 1999.
6. Brasil. Ministério da Justiça. Programa Nacional dos Direitos Humanos. Brasília, 1996.
7. Mann, Jonathan . Tarantola, Daniel J. M.. Netter, Thomas W. A Aids no Mundo, Rio de Janeiro, 1993.
8. Recomendações da XI Reunião da Comissão Nacional de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, realizada aos dezoito dias do mês de abril de 1989, no Hotel San Marco, Brasília/DF - Brasil.
9. Aconselhamento em DST, HIV e Aids. Diretrizes e Procedimentos Básicos. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília. 3ª Edição. 1999.
10. PARKER, Richard et al (Orgs.). 1994. A AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: A BIA: IMS/ UERJ: Relume Dumará.
11. PARKER, Richard, Glavão, Jane. 1996. (Orgs). Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: IMS/ UERJ: Relume Dumará.
12. PARKER, Richard; Galvão, Jane; Bessa, Marcelo S. (Orgs). 1999. Saúde, Desenvolvimento e Política - Resposta frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro. ABIA. ED34
13. Brasil CN-DST/Aids-Ministério da Saúde. A Resposta Brasileira ao HIV/Aids. Experiências Exemplares. 1999.









A partir da década de 90, o Ministério da Saúde intensificou suas ações visando a melhoria da qualidade da atenção aos pacientes portadores de DST, HIV e doentes de aids, por meio da diversificação das modalidades assistenciais oferecidas, treinamento/capacitação técnica, organização de sistemas de referência e contra-referência, envolvendo todos os níveis de serviços da rede de assistência, nos moldes preconizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Entre essas ações, destaca-se a implementação de uma política de assistência farmacêutica que visa garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais para os indivíduos HIV+, bem como, aos exames laboratoriais necessários para a monitorização do tratamento, resultando na redução significativa da morbidade e mortalidade da doença e propiciando uma melhor qualidade de vida e redução substancial dos custos econômicos e sociais relacionados direta e indiretamente com a doença.

Nesse contexto, o componente Diagnóstico e Assistência da CN - DST/AIDS-SPS-MS tem como função principal definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de aids e/ou outras DST, tenham acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde.

### ***Diretrizes***

As ações de diagnóstico, tratamento e seguimento de pessoas portadoras de HIV e/ou outras DST baseiam-se nas seguintes diretrizes:

#### **Diagnóstico e Tratamento das DST**

## Diagnóstico laboratorial e monitoramento da infecção pelo HIV:

- Promover aconselhamento pré e pós-teste, nos serviços de saúde selecionados, nos diversos níveis de assistência do SUS em serviços selecionados e cadastrados pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids (UBS-PSF; serviços de atenção à saúde da mulher; criança; adolescentes e adultos em geral);
- Promover o acesso da população aos exames laboratoriais necessários ao diagnóstico da infecção pelo HIV, bem como de quantificação da carga viral do HIV-1 e contagem de linfócitos T CD4+/ CD8+ para o monitoramento da infecção pelo HIV-1 , na rede pública;
- Monitorar as ações e garantir a qualidade de diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV;
- Promover a atualização dos profissionais de saúde;
- Possibilitar um melhor conhecimento da epidemia de HIV/aids no País;
- Promover a integração, ampliação e descentralização dos serviços da rede pública de saúde, no intuito de garantir o diagnóstico e consolidar essa rede;
- Promover a padronização e homogeneização de metodologias, o treinamento e reciclagem de recursos humanos.

## Assistência em HIV/aids:

- Promover o acesso dos indivíduos infectados pelo HIV/aids aos serviços de assistência da rede pública de saúde e garantir a qualidade do atendimento;
- Garantir a sustentabilidade das ações assistenciais em HIV/aids no âmbito de estados e

- Capacitar os profissionais de saúde, sobretudo farmacêuticos, na dispensação adequada desses medicamentos;
- Estimular o uso racional de anti-retrovirais;
- Otimizar a eficácia da resposta terapêutica aos anti-retrovirais e minimizar o fenômeno da resistência viral;
- Promover as medidas e ações para a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado da tuberculose e outras co-infecções em pacientes portadores do HIV.

#### **Prevenção e Controle da Sífilis Congênita e Redução da Transmissão Vertical do HIV**

- Promover a redução de infecção pelo HIV e sífilis em mulheres;
- Implementar as ações para redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita;
- Estimular a utilização de testes rápidos para o diagnóstico da sífilis e da infecção pelo HIV em gestantes sem avaliação no pré-natal e em trabalho de parto;
- Oferecer assistência adequada ao parto da mulher infectada pelo HIV;
- Promover a redução da transmissão do HIV pelo aleitamento materno.

#### **Ações de Prevenção e Controle das DST/HIV/aids na Comunidade e Rede Básica de Saúde**

- Contribuir para a redução da morbimortalidade das DST e da infecção pelo HIV.

#### ***Estratégias***

- Implantar um sistema de vigilância epidemiológica para monitorar a resistência da *Neisseria gonorrhoeae* aos antimicrobianos (RENAGONO);
- Orientar os serviços da rede pública de saúde quanto aos procedimentos operacionais de testagem, envio de amostras, liberação de resultados e suporte a decisões diagnósticas e/ou clínico-terapêuticas;
- Capacitar os recursos humanos por meio do sistema de treinamento a distância TELELAB no diagnóstico laboratorial das DST;
- Implantar e fortalecer Centros de Treinamento em DST, Pólos de capacitação do PSF (que atenderá a demanda dos Programas de PACS e PSF) e Centros de Treinamento para ginecologistas e obstetras na abordagem sindrômica e diagnóstico laboratorial das DST, tendo em vista a necessidade de disseminação das ações de assistência e promover o diagnóstico e tratamento precoce desses agravos.

### ***Diagnóstico laboratorial e monitoramento da infecção pelo HIV***

- Fortalecer e estruturar a rede laboratorial de diagnóstico da infecção pelo HIV, quantificação da carga viral do HIV-1 e contagem de linfócitos T-CD4+/ CD8+, elaborando procedimentos operacionais de testagem e capacitação de recursos humanos para execução desses exames. Sempre que novas metodologias que contribuam para o aprimoramento do diagnóstico ou o monitoramento da infecção pelo HIV estejam disponíveis, será estimulada a sua implantação e utilização pela rede laboratorial de Saúde Pública;
- Promover a realização de programas de avaliação externa da qualidade do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV para permitir a identificação de problemas com vistas na adoção de medidas corretivas bem como, o fornecimento de informações sobre padrões nacionais de desempenho e metodologias utilizadas na rede laboratorial;
- Produzir e distribuir materiais informativos e educativos atualizados sobre o diagnóstico

- Estruturar uma rede de assistência que permita o tratamento dos indivíduos portadores de HIV/aids de acordo com os diferentes graus de complexidade, estimulando a desospitalização por meio da implantação/implementação e credenciamento de serviços de alternativas assistenciais para indivíduos com HIV/aids na rede pública de saúde (Serviço de Assistência Especializada — SAE, Hospital-Dia - HD e Assistência Domiciliar Terapêutica — ADT), tendo em vista que esses serviços apresentam uma melhor relação custo-benefício quando comparado com os serviços convencionais e permitem uma melhor qualidade de vida, particularmente após o advento da terapia anti-retroviral combinada;
- Implementar serviços de ginecologia, integrados ou não ao SAE, para acompanhamento ginecológico da mulher HIV+, atuando conjuntamente com o infectologista e o clínico;
- Participar da elaboração da tabela de procedimento e exames laboratoriais do SUS, quanto aos exames de diagnóstico e monitoramento da infecção pelo HIV (sorologia anti-HIV, quantificação da carga viral para HIV-1 e contagem de células T-CD4+/CD8+), em conformidade com a NOB-96;
- Implantar e fortalecer de Pólos de Capacitação do PSF, Centros de Treinamento e cooperação técnica com universidades para treinamento/capacitação e reciclagem de conhecimentos sobre HIV/aids para profissionais de saúde;
- Elaborar manuais e recomendações técnicas para procedimentos e condutas assistenciais em HIV/aids.

### **Acesso a Medicamentos para Tratamento da Infecção pelo HIV e Complicações Oportunistas**

- Consolidar política de acesso universal às drogas anti-retrovirais e para o tratamento das doenças oportunistas relacionadas a infecção pelo HIV, em todos os níveis de gestão;
- Estabelecer critérios pré-definidos e revisados regularmente pelos Comitês Assessores do Ministério da Saúde para o tratamento de indivíduos portadores da infecção pelo HIV ou com aids.

e/ou com sífilis, durante o pré-natal, parto e pós-parto, bem como de seus conceitos;

- Credenciar maternidades para a assistência ao parto da gestante infectada e seu recém-nascido exposto verticalmente ao HIV e/ou a sífilis;
- Garantir o fornecimento de leite artificial para os recém-nascidos de mães infectadas pelo HIV ou da distribuição de leite materno pasteurizado, pelos bancos de leite humano.

### **Ações de Prevenção e Controle das DST/HIV/aids na Comunidade e Rede Básica de Saúde**

- Promover a informação/educação da população de sua área de abrangência e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sobre as DST e a infecção pelo HIV/aids;
- Garantir o encaminhamento dos indivíduos com sinais e sintomas sugestivos de DST/HIV/aids, para diagnóstico e tratamento adequados nas UBS;
- Promover o diagnóstico e tratamento adequados dos casos de DST e seus parceiros, que busquem a UBS;
- Promover o diagnóstico e tratamento adequados da sífilis materna nas UBS;
- Promover o diagnóstico e encaminhamento para investigação clínico-diagnóstica e tratamento dos casos de sífilis congênita em sua comunidade;
- Promover o aconselhamento das gestantes, portadores de DST e seus parceiros para o teste anti-HIV;
- Promover o acompanhamento conjunto das gestantes HIV+ de sua área de ação, para que lhes sejam garantidas, bem como aos seus conceitos, o atendimento e tratamento adequados na rede pública de saúde.

se definidos diversos procedimentos e normatizações de condutas e atividades específicas, que estão descritas conforme as áreas temáticas abaixo:

- **Diagnóstico e Tratamento das DST:**

A assistência às DST deverá ser feita de forma integrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas pelas Coordenações estaduais e municipais, com a implementação de unidades de referência, regionalizadas, que tenham maior complexidade e resolutividade. Estas poderão, ao mesmo tempo, atuar como Centros de Referência e Treinamento e estarão diretamente vinculadas às estratégias e interesses das Coordenações do estado e do município onde estão sediadas.

A assistência aos casos de DST poderá ser feita em todos os níveis do sistema de saúde, com a utilização dos fluxogramas já desenvolvidos e testados (VER MANUAL DE CONTROLE DAS DST- 3ª EDIÇÃO - 1999). Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional, ainda que não especialista, estará habilitado a determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento para: estimular a adesão ao tratamento, a redução de riscos e tratamento de parceiros, além da promoção de incentivo ao uso de preservativos, dentre outros aspectos.

A seleção e cadastramento das unidades ou serviços de saúde que atendem pacientes com DST no País é fundamental para o planejamento das atividades desse setor. As unidades ou serviços deverão fazer parte da estrutura do SUS ou respeitar seus preceitos básicos de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade (serviços municipais, estaduais ou federais, Universidades, entidades filantrópicas ou organizações não governamentais). A seleção das unidades de saúde será feita pelas coordenações estaduais e municipais com base em um dos seguintes critérios, em ordem decrescente de prioridade:

- sejam referência para o Programa de Saúde da Família (PSF); ou
- atendam, de forma sistemática, casos de DST; ou
- possuam em seus quadros profissionais já treinados para esse fim; ou

desejável (ver anexo VIII, componente 2, pg. 164). De acordo com as possibilidades de cada serviço, outras atividades poderão ser desenvolvidas. É fundamental que os parceiros de gestantes com sífilis que não atenderem ao chamado para tratamento sejam objeto de busca ativa.

Por indicação do Grupo de Trabalho para Implantação da Política Nacional de Medicamentos, e por decisão da Comissão Tripartite, os medicamentos para DST passam a ser responsabilidade de estados e municípios, podendo integrar a contrapartida necessária para a efetivação do convênio para execução dos recursos do Projeto Aids 2. Esses medicamentos deverão ser distribuídos regularmente as unidades de saúde selecionadas para o atendimento de casos de DST conforme planilha de cálculo específico (ver anexo IX, componente 2, pg. 165). A lista básica de medicamentos sugeridos para aquisição será freqüentemente revista por um Comitê Nacional Assessor para as DST e atualizada de acordo com a situação epidemiológica e as necessidades (ver anexo XIII, componente 2, pg. 170).

Em serviços selecionados deverá ser implantado o sistema de Vigilância Aprimorada das DST que, por meio de dados produzidos pelo atendimento de casos (ver anexo XI, componente 2, pg. 167), especialmente aqueles referentes à identificação de agentes etiológicos, poderá gerar informações sobre a freqüência relativa e as tendências das principais DST naquela área e naquela população específica. Para os demais serviços que atendem casos de DST não selecionados para esta modalidade de vigilância, está disponível no SINAN uma lista codificada das DST, por etiologia e também por síndromes. Desta maneira, os gestores de saúde locais poderão gerar dados e realizar análises importantes para o planejamento estratégico das ações de controle das DST.

Os Centros de Treinamento em DST (CT-DST) têm como objetivo capacitar profissionais de saúde, prioritariamente médicos e enfermeiros, para o diagnóstico, tratamento, aconselhamento, prevenção, vigilância epidemiológica das DST, bem como sensibilizá-los para atuação em equipes multidisciplinares nos seus locais de origem.

Para estruturar um CT-DST, por meio de um termo de cooperação ou convênio com a Coordenação Nacional ou com as Coordenações estaduais e municipais, a instituição deverá atender aos seguintes critérios:

- dispor de estrutura física adequada para realização dos treinamentos;
- dispor de instrutores com capacitação pedagógica (professores);



profissionais selecionados pelas Coordenações a partir da demanda local no qual o CT esteja localizado. As Coordenações estaduais e municipais deverão assegurar aos profissionais treinados as condições de trabalho em suas unidades de origem, ou seja, equipamentos, insumos, materiais, medicamentos específicos e preservativos. Atividades de acompanhamento, supervisão e avaliação dos treinados deverão ser realizadas por estas Coordenações, visando dar subsídios para adequação dos treinamentos e melhoria na qualidade da assistência às DST. Caberá à CN a intermediação entre as Coordenações Estaduais e Municipais e os CT, da seleção de profissionais de áreas importantes do ponto de vista epidemiológico e/ou demográfico que não disponham de CT, para que sejam contempladas com treinamento de seus profissionais, possibilitando assim a implantação de outros CT nestas áreas.

No nível federal foi estruturado um grupo técnico de DST formado por técnicos da Coordenação Nacional de DST e Aids, de outros programas do Ministério da Saúde, de outros órgãos e instituições do Governo Federal que têm interfaces com as atividades relacionadas ao controle das DST. Tem como objetivos propor e discutir estratégias, articular e coordenar ações, padronizar procedimentos e conceitos, otimizar recursos, racionalizar custos, evitar duplicidade e garantir a consistência das ações, fortalecendo as estratégias de prevenção, assistência e vigilância nos diversos níveis de execução. A existência do GT-DST favorecerá os princípios de integração e interação das ações de controle das DST e conseqüentemente da disseminação do HIV. O GT tem como principais atribuições avaliar a atual situação dos programas de controle das DST nos diversos níveis de execução, definir as prioridades a serem executadas, respaldar técnica e politicamente a implementação das estratégias propostas. O modelo de estruturação GT-DST no nível federal deverá necessariamente ser adotado por estados e municípios.

- **Diagnóstico Laboratorial e Monitoramento da Infecção pelo HIV:**

O principal instrumento para a caracterização da infecção pelo HIV é o diagnóstico laboratorial, que pode ser realizado por meio de diferentes metodologias. Para garantir o acesso da população a um diagnóstico laboratorial com qualidade, é necessária a existência de uma rede laboratorial hierarquizada que realize os testes de acordo com o “Fluxograma para detecção de anticorpos anti- HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos” disposto na Portaria nº 488 de 17/6/98 da SVS/MS.

DST e aids que atualmente compreende um Programa de Avaliação Externa da Qualidade dos testes de diagnóstico da infecção pelo HIV, da sífilis, das hepatites virais, da quantificação da carga viral do HIV e da contagem de linfócitos TCD4+/CD8+. Esse Programa visa permitir aos laboratórios participantes a compreensão do seu desempenho na rotina e a adoção de medidas corretivas, para identificar e solucionar problemas e melhorar o seu desempenho.

Além disso, fornece informações sobre os padrões nacionais de desempenho e sobre as metodologias utilizadas, tendo função educativa, informativa e corretiva, sem qualquer propósito punitivo ou ação de vigilância sanitária. Para aderir espontaneamente ao Programa de Avaliação Externa da Qualidade, as instituições interessadas devem entrar em contato com a Unidade de Laboratório da CN-DST/AIDS, informando quais as atividades de diagnóstico laboratorial e as respectivas patologias que são realizadas pelas instituições solicitando, então, a sua inclusão nesse programa.

A padronização de procedimentos e metodologias, assim como, o treinamento e reciclagem de recursos humanos da rede de laboratórios, vem sendo realizada por meio do sistema de treinamento a distância, para profissionais de laboratórios de Saúde Pública e de Unidades Hemoterápicas — TELELAB. A participação nesse programa de treinamento dá-se por adesão espontânea, pelo contato com a Unidade de Laboratório da CN-DST/AIDS, que orienta os interessados sobre todas as etapas a serem seguidas para a obtenção do certificado de aprovação nos cursos. As informações sobre o TELELAB (relação dos cursos, requisitos, endereço e fax gratuito para correspondência) podem ser obtidas no “**Manual da Coordenação Local**” do TELELAB.

### ***Assistência em HIV/aids***

Com a disseminação da epidemia de HIV/aids, tornou-se fundamental o estabelecimento de procedimentos normativos visando a ampliação e capacitação dos serviços de atendimento em HIV/aids, tanto nas modalidades convencionais como utilizando modelos alternativos de assistência e inserção de atividades preliminares do diagnóstico, encaminhamento e

específico para solicitação de credenciamento (ver anexo I componente 2 – pg. 50). Para que o credenciamento do serviço possa ser solicitado pela CN-DST/AIDS à SAS, é necessário que o mesmo seja autorizado pelos Secretários estaduais ou municipais de Saúde.

O processo para a implantação de serviços de alternativas assistenciais é iniciado com o preenchimento dos formulários para o projetos de SAE, HD e ADT (ver anexos III, IV e V componente 2, pgs 115, 129 e 143), que devem incluir dados referentes ao quadro epidemiológico, população-alvo a ser beneficiada, objetivos gerais e específicos do projeto, cronograma físico e orçamento detalhado. Os projetos são submetidos a CN-DST/Aids ou à Coordenação Estadual de DST/AIDS para análise e seleção. Uma vez selecionados os projetos são financiados e o serviço é implantado ou implementado. A disponibilidade de estrutura física e equipe de saúde multidisciplinar são requisitos básicos e parte integrante da contrapartida local.

O funcionamento do Hospital-Dia (HD) é normatizado por meio das portarias ministeriais de nº 93 de 31/5/94 e de nº 130 de 3/9/94. Estas portarias estabelecem os critérios de estrutura física, resolutividade diagnóstica e capacidade operacional dos serviços a serem preenchidos para que o mesmo possa ser credenciado para o recebimento de AIH e inclusão no SIH.

Serviços de HD implantados com recursos não provenientes da CN-DST/AIDS também podem ser credenciados para o recebimento de AIH, desde que preencham os requisitos das portarias que normatizam o funcionamento destes serviços. Os dados do serviço devem ser informados no formulário para solicitação de credenciamento de Hospital-Dia (ver anexo II, componente 2, pg. 109). Para que o credenciamento do serviço possa ser solicitado pela CN-DST/AIDS à SAS, é necessário que o mesmo seja autorizado pelos Secretários estaduais ou municipais de Saúde.

O pagamento das visitas domiciliares realizadas pelos serviços de assistência domiciliar é normatizado pela portaria de n.º 166 de 31/12/97. Esta portaria define o número de visitas domiciliares e o valor a ser pago pelo SUS pela sua realização. O documento “**Guia de procedimen-**

HIV no País, devido aos avanços científicos sobre o assunto divulgados naquela época. Em novembro de 1996, foi promulgada a Lei Federal n.º 9.313, de 13/11/96, que dispõe sobre a obrigatoriedade do acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais pelo sistema público de saúde, sendo que, para a sua regulamentação, foram assinadas as Portarias Ministeriais n.º 2.334, de 04/12/96 e a n.º 874, de 03/07/97. Todos os medicamentos anti-retrovirais disponibilizados pelo Ministério da Saúde e as orientações para o seu uso são definidas, tecnicamente, pela Coordenação Nacional de DST e Aids, conforme as Recomendações do Comitê Assessor para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV e do Comitê Assessor para Terapia Anti-Retroviral em Crianças infectadas pelo HIV, após aprovação das mesmas pelo Ministério da Saúde. Os Comitês avaliam a utilização de novos anti-retrovirais somente após o registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Esses Comitês, que têm caráter consultivo, se reúnem periodicamente, e as recomendações são revistas e atualizadas conforme novos conhecimentos técnico-científicos sobre a doença vão sendo adquiridos e consolidados em caráter consensual pelos seus membros. A composição e as atribuições desses comitês foram estabelecidas na Portaria Ministerial n.º 119, de 10/2/99.

A decisão de fornecer anti-retrovirais na rede pública foi tomada pelo Ministério da Saúde considerando inicialmente os indiscutíveis resultados dos diversos ensaios clínicos, que mostraram a eficácia da terapia anti-retroviral combinada na redução da morbi-mortalidade, com estudos demonstrando ser uma ação custo-efetiva. Para garantir um fluxo continuado de distribuição desses medicamentos aos pacientes HIV+, foi implementado um Sistema Logístico de Medicamentos de aids, que constitui uma das principais ações da Unidade de Assistência da CN-DST/AIDS. O funcionamento desse sistema apresenta-se detalhadamente normatizado na forma de documento texto e de fluxograma (ver anexo XII, componente 2, pg. 169) e tem por objetivo, aumentar a eficiência da seleção, estimativa de necessidades, aquisição, distribuição e fornecimento de medicamentos e preservativos, com qualidade garantida, nas quantidades necessárias e com disponibilidade nos locais desejados. Para racionalizar os custos e facilitar ainda mais esse controle logístico, a CN-DST/AIDS desenvolveu um sistema computadorizado para manejo dos medicamentos, conhecido como SICLOM – Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos. Atualmente, esse sistema encontra-se em fase de implantação, e os principais resultados esperados com a informatização do sistema, incluem: controle mais efetivo do esto-

te um documento com as recomendações técnicas para a terapia anti-retroviral, nessa situação. Internamente, a CN também criou um Grupo de Trabalho Temático sobre esse tema, para discutir aspectos técnicos e logísticos necessários para a implementação de ações específicas nesse campo.

Outros documentos técnicos auxiliares têm sido elaborados pela Unidade de Assistência da CN-DST/AIDS, no intuito de informar os profissionais de saúde sobre procedimentos técnicos específicos, como Estratégias para melhorar a Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral, Interpretação dos Exames Laboratoriais (CD4+ e Carga Viral) e Uso de Testes Rápidos para Terapia de Emergência em Situações Especiais.

- **Prevenção e Controle da Sífilis Congênita e Redução da Transmissão Vertical do HIV**

A sífilis congênita é vista como evento marcador da qualidade de qualquer sistema de saúde. Isto deve-se ao fato de ser uma doença prevenível e de tratamento simples e barato. Sua eliminação como problema de saúde pública portanto é factível, desde que toda gestante tenha acesso e assistência de qualidade nos serviços de pré-natal, que permitam a realização de exames para a triagem da sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre, para que seja detectada a sífilis e o tratamento adequado possa ser instituído precocemente. A reinfecção poderá ser evitada com o devido aconselhamento, e com o tratamento concomitante do parceiro. Deve-se ainda diagnosticar e tratar adequadamente a sífilis em mulheres (e parceiro) que busquem o serviço de saúde por DST, Planejamento Familiar, Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino ou qualquer outro motivo nos serviços de atenção à saúde da mulher. Para isto é necessário que se estabeleça:

- a plena integração de atividades com outros programas de saúde, prioritariamente os programas de saúde da mulher, criança e adolescente, de agentes comunitários de saúde e de saúde da família;
- desenvolvimento de sistemas locais de vigilância epidemiológica;
- a disponibilização de métodos diagnósticos simples, baratos e rápidos e de medicamen-

da sífilis congênita, atingindo gestantes e recém-natos em uma esfera maior de atenção, com o sentido de integralidade das ações do Sistema Único de Saúde. Em ambos os casos, a capacitação é atividade fundamental para o alcance deste objetivo, sensibilizando o profissional para os dois problemas e agregando as atividades específicas de cada uma à rotina dos serviços.

As recomendações do Ministério da Saúde sobre a oferta de testagem anti-HIV para gestantes no pré-natal, uso de anti-retrovirais na gestação, trabalho de parto e parto, uso de anti-retrovirais pelo recém-nascido e alimentação de crianças expostas verticalmente ao vírus encontram-se normatizadas na Portaria Ministerial nº 874 de 3 de julho de 1997. As recomendações para o uso dos anti-retrovirais durante a gestação, trabalho de parto e parto foram atualizadas e encontram-se especificadas no documento “**Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes – Recomendações para a terapia anti-retroviral - 1999**”.

Como medida adicional para redução da transmissão vertical do HIV, a Portaria Ministerial n.º 709 de 10 de julho de 1999, que estabelece os critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios, destaca que os recursos do PAB destinados para esse fim poderão ser utilizados para aquisição de leite artificial para filhos de mães HIV+, no intuito de evitar o aleitamento materno e promover o suporte nutricional necessário para essas crianças.

As recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento do recém nascido de mães infectadas pelo HIV encontram-se especificadas no documento “ **Infecção pelo HIV em Crianças – Recomendações para a Terapia Anti-retroviral - 1999** ”.

### **Ações de Prevenção e Controle das DST/HIV/aids na Comunidade/RedeBásica de Saúde:**

A parceria com os programas PACS e PSF visa as seguintes metas: 1) prevenção e atenção básica em DST/HIV/aids, promovendo o diagnóstico e tratamento das DST pela abordagem sindrômica; 2) rastreamento dos casos de sífilis e infecção pelo HIV, pelo oferecimento do teste

das a capacitação de quem atuam conjuntamente com as Coordenações de DST e Aids e PACS/PSF, a fim de treinar/capacitar os médicos e enfermeiros desses programas para assistência aos portadores de DST/aids.

Para o cumprimento dessas normas e procedimentos, foram elaborados os seguintes documentos: o Manual para os Agentes Comunitários de Saúde: “**Prevenção e Controle das DST/Aids na comunidade**”; O livro da família: “**Aprendendo sobre aids e doenças sexualmente transmissíveis**”; o vídeo de nº 18 com livreto, da série “**Agentes em Ação**”; o mini-álbum “**O que precisamos saber sobre DST**”; e o “**Protocolo de Atenção Básica às DST e infecção pelo HIV/Aids**” - Processos de Trabalho em Saúde da Família.

### ***Leis e Portarias Ministeriais***

- Portaria Ministerial nº 291/92 — Inclui no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) os grupos de procedimentos para tratamento de pacientes com aids no âmbito hospitalar e os valores a serem pagos pelos procedimentos;
- Portaria Ministerial nº 93/94 — Cria a modalidade de tratamento em Hospital-Dia para pacientes com aids no SUS e estabelece os valores a serem pagos pelos procedimentos realizados;
- Portaria Ministerial nº 130/94 — Estabelece as diretrizes e normas para a implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com aids no SUS;
- Portaria Ministerial nº 21/95 — Estabelece os critérios para indicação de uso e acesso aos medicamentos para aids;
- Portaria Ministerial nº 2.334/96 — Constitui a Comissão Técnica no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids;
- Portaria Ministerial nº 166/97 — Estabelece os valores referentes a cobrança das atividades dos serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/aids pelo SUS;
- Portaria Ministerial nº 874/97 — Estabelece os critérios de indicação e utilização dos medicamentos para tratamento da infecção pelo HIV e suas complicações conforme o Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/DST;
- Portaria Ministerial nº 488/98 — Estabelece os procedimentos para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos;
- Portaria Ministerial nº 2.413/98 — Substituiu grupo de procedimento do SIH/SUS para tratamento hospitalar de pacientes com aids, estabelecido anteriormente na Portaria n.º 291.

- 4) Norma Operacional Básica de Saúde – NOB - SUS 01/96
- 5) Manual de Controle das DST ( 3ª Edição – 1999)
- 6) Manual da Coordenação Local – TELELAB
- 7) Recomendações do Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Crianças Infectadas pelo HIV - 1999
- 8) Recomendações do Comitê Assessor para Terapia Anti-retroviral em Adultos e Adolescentes Infectadas pelo HIV – 1999
- 9) Recomendação Técnica sobre Testes Rápidos: Considerações gerais para seu uso com ênfase na indicação de terapia anti-retroviral em situações de emergência
- 10) Documento Técnico: Recomendações Clínicas, Diagnósticas e Terapêuticas na Co-Infecção HIV-Tuberculose
- 11) Documento Técnico: Interpretação Clínica dos testes de carga viral e contagem de células T-CD4+
- 12) Documento Técnico: Sistema Logístico de Medicamentos de AIDS
- 13) Bases Técnicas para a Eliminação da Sífilis Congênita
- 14) Protocolo de Atenção Básica às DST e Infecção pelo HIV/Aids – Processo de Trabalho em Saúde da Família
- 15) “Prevenção e Controle das DST/AIDS na comunidade” - Manual para os Agentes Comunitário de Saúde;
- 16) Aprendendo sobre aids e doenças sexualmente transmissíveis – O livro da família
- 17) Agentes em Ação – Vídeo + Livreto nº 18.
- 18) O que precisamos saber sobre DST – Mini álbum ilustrado







O Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão contribui para o alcance do Objetivo Geral 3 — **“Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pela prevenção e controle das DST e aids”**, que, por sua vez, fornecem condições para o cumprimento dos objetivos de impacto:

Objetivo Geral 1— reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e de outras DST; e

Objetivo Geral 2 — ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em DST/HIV/aids, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia.

Nesse contexto, este Componente possui uma função estratégica, subsidiando o processo de tomada de decisões dos gestores de instituições governamentais e não-governamentais na formulação, execução e aprimoramento das políticas de prevenção e de controle das DST e aids, uma vez que: 1) viabiliza a produção e a disponibilidade de informações sobre as tendências e o comportamento da epidemia na população; 2) desenvolve estratégias para o fortalecimento do processo de gestão de programas e projetos, incluindo o aprimoramento das etapas de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações implementadas, 3) possibilita a capacitação de recursos humanos, proporcionando uma melhor prática profissional no âmbito das instituições que atuam na área; 4) disciplina os processos administrativos e financeiros e 5) promove a cooperação técnica horizontal com os países da América Latina, Caribe e da África de língua portuguesa e com organismos internacionais.

O Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão implementa suas ações, tendo como referência maior as diretrizes do Sistema Único de Saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias e ações que garantam as condições objetivas para a descentralização do programa em âmbito estadual e municipal, a efetiva participação comunitária e privada e o exercício do controle social da sociedade civil, o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das DST e aids e a atenção à saúde, particularmente junto às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST, tendo como pano de fundo os princípios de equidade e integralidade

não-governamentais, iniciativa privada, associações e órgãos de representação etc. com aquelas desenvolvidas no contexto das políticas de saúde e de estado.

Nessa perspectiva, desenvolvem-se, no âmbito do Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão, as seguintes linhas estratégicas:

1. Formação de recursos humanos, buscando-se a capacitação de profissionais dos setores público e privado, e da sociedade civil, que atuam na prevenção, controle e gestão de programas e projetos de DST/aids no Brasil (Subcomponente de Treinamento);
2. Produção de dados e disseminação de informações epidemiológicas para subsidiar a formulação, execução e avaliação das políticas de prevenção e o controle das DST e a aids, incluindo-se o adequado conhecimento das tendências da epidemia na população e seus determinantes (Subcomponente de Epidemiologia);
3. Aprimoramento do processo de gestão por meio de metodologias integradas e participativas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, aumentando-se a autonomia gerencial e tornando o processo decisório mais eficaz, flexível e participativo, com vistas na sustentabilidade das ações (Subcomponente de Gestão);
4. Instrumentalização, suporte e controle administrativo e financeiro para a execução eficiente e oportuna das diversas ações programáticas que operacionalizam os três componentes do Programa (Subcomponente Administrativo-Financeiro e Subcomponente de Monitoramento e Auditoria Preventiva);
5. Promoção da cooperação técnica internacional, baseada no princípio de "horizontalidade", com países e organismos internacionais bi e multilaterais (Subcomponente de Cooperação Externa);
6. Desenvolvimento de sistemas e suporte informático na área de programação visual

DST/HIV/aids. A atividade de treinamento se coaduna com as políticas governamentais, tanto na área da saúde quanto na da educação.

As ações desenvolvidas neste setor são de fundamental importância, considerando-se que o processo de produção de serviços de saúde é marcado por uma intensa dependência do trabalho humano.

Outro fator a ser considerado é a inovação científica/tecnológica e sua incorporação aos processos de prevenção e assistência aos portadores do HIV, que exige uma constante atualização desses conhecimentos por parte dos recursos humanos atuantes nesta área.

Além dos conflitos inerentes às relações humanas que se estabelecem no processo de capacitação, enfrentam-se desafios de outra natureza, tais como:

- a vasta extensão territorial do Brasil, com realidades culturais bastante diversificadas;
- a formação básica insuficiente de parte dos profissionais da saúde, uma vez que os currículos não têm sido revistos nem tampouco incorporados conteúdos básicos, tais como aspectos éticos, de cidadania, psicossociais;
- a inadequação de metodologias utilizadas no processo de ensino formal e informal, que muitas vezes não levam em conta o outro como sujeito de suas próprias ações;
- a heterogeneidade das condições de trabalho nos serviços de saúde espalhados pelo País, que, muitas vezes, torna inadequada a metodologia de formação de multiplicadores adotada nos últimos anos pela CN-DST/AIDS. Tem-se mostrado difícil a ação do multiplicador que obtém seus conhecimentos em centros de excelência e depois não consegue adaptá-los a outros serviços menos qualificados, mas que são os únicos disponíveis em sua região;
- o próprio tema Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST -, que traz à tona a questão da sexualidade, é uma área em que existe muito medo e preconceitos, além de poucos profissionais habilitados para esse trabalho.

dades de melhoria da prática profissional e da organização do serviço e a obtenção dos resultados preconizados pelo Programa Nacional de DST/Aids.

### ***Estratégias***

1- Descentralização dos treinamentos para estados e municípios até o final do ano 2001

- Descentralização gradativa e diferenciada da gestão de projetos de treinamento para estados e municípios. Os estados serão responsáveis pelo estabelecimento de termos de cooperação técnica com instituições de ensino e serviços e o respectivo gerenciamento de recursos.

A descentralização para os municípios será feita quando, na avaliação da Coordenação Nacional e Coordenações Estaduais de DST/aids, estes oferecerem condições técnicas e estruturais.

O acompanhamento/supervisão dos projetos será realizado de forma compartilhada pela CN e Coordenações Estaduais.

- O repasse de recursos financeiros ocorrerá por meio do Plano Operativo Anual (POA) para estados e municípios.
- O Estado deverá promover uma gestão na área de capacitação que garanta princípios como a integração ensino/serviço, por meio de elaboração de projetos que contemplem: 1) uma contextualização adequada do projeto, no que se refere ao diagnóstico epidemiológico, geográfico e de pertinência da população-alvo; 2) a compatibilização do objetivo geral e dos objetivos específicos do projeto de capacitação com os objetivos gerais do Programa Nacional de DST e Aids; 3) a descrição das modalidades de capacitação, metodologia e conteúdo; 4) a inclusão no conteúdo dos treinamentos da elaboração de um plano enquanto instrumento de organização de serviço; 5) a utilização de uma proposta pedagógica que leve em consideração o outro como sujeito da ação capaz de transformar sua realidade, principalmente no que se refere às mudanças de

- Estabelecimento de parcerias com outros ministérios, para inserção/institucionalização dos conteúdos e metodologias da prática educativa dos treinamentos realizados, dirigida à prevenção e à assistência às DST/HIV e à aids, nos currículos dos cursos de formação.
- Estabelecimento de parcerias com outros programas do Ministério da Saúde, para inserção dos conteúdos relativos à prevenção e à assistência às DST /HIV e aids nas ações de capacitação;
- Formação de Grupo Temático, envolvendo setores dos Ministérios da Saúde e Educação.

3 - Implantação de um sistema de avaliação de desempenho e resultado que abranja todos os treinamentos no intuito de aprimorar a qualidade das capacitações.

### ***Normas e Procedimentos***

- Deverá se formar um comitê constituído por profissionais de saúde do SUS, que atuam nos serviços, membros de instituições de ensino e organizações não-governamentais, com a finalidade de elaborar um plano de capacitação que contemple as necessidades de treinamento do estado. A formação e a coordenação deste comitê ficará a cargo da Coordenação Estadual de DST e Aids;
- o plano de capacitação deverá ser a síntese dos projetos elaborados pelas instituições de ensino responsáveis pela execução dos treinamentos;
- a liberação dos recursos financeiros pelo POA estará vinculada à aprovação do plano de capacitação pela CN-DST/AIDS;
- análise das necessidades e demandas por treinamentos que possam ser desenvolvidos por meio do sistema de educação a distância, considerando-se sua abrangência, popula-

estudos epidemiológicos eventuais ou periódicos para a detecção da infecção pelo HIV e prevalência de DST, bem como outros estudos sobre a epidemiologia das DST/HIV/aids. (ver anexos I, II e III componente 3 pgs. 175, 177 e 179).

### ***Diretrizes***

1. Conhecimento de todos os casos de aids no País, por meio da notificação compulsória e investigação;
2. Instrumentalização de estados e municípios para notificar e conhecer a situação epidemiológica local da aids;
3. Conhecimento do perfil epidemiológico da aids no País e por regiões, estados e municípios brasileiros;
4. Determinação dos níveis e monitoramento da tendência da prevalência do HIV no País;
5. Estimativa do número de infectados pelo HIV no País;
6. Conhecimento de todos os casos de sífilis congênita no País, por meio da notificação compulsória e investigação;
7. Instrumentalização de estados e municípios para conhecer a situação epidemiológica local da sífilis congênita;
8. Conhecimento da situação epidemiológica das DST no País;
9. Instrumentalização de estados e municípios para conhecer a situação epidemiológica local das DST;



4. Desenvolver, periodicamente, estudos específicos de Vigilância Sentinela do HIV, em populações sob diferentes riscos (gestante e conscritos);
5. Obter o número provável de infectados pelo HIV, por meio de procedimentos estatísticos aplicados aos resultados dos estudos nacionais de prevalência do HIV e a dados demográficos pertinentes, realizando estes estudos sob a responsabilidade de profissionais das áreas de Epidemiologia e Bioestatística;
6. Fornecer informações periódicas sobre a situação de infecção pelo HIV no País para a orientação de políticas de prevenção;
7. Implantar/implementar as ações de vigilância epidemiológica da sífilis congênita, visando a eliminação deste agravo enquanto problema de saúde pública (ver anexo V, componente 3, pg. 182);
8. Disponibilizar (em parceria com o CENEPI) um sistema informatizado em âmbito nacional, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), para as Secretarias estaduais e municipais de Saúde com vistas na coleta, análise e transferência de dados de notificação compulsória de sífilis congênita;
9. Implantar e implementar a Vigilância Aprimorada das DST em serviços selecionados, contando com profissionais capacitados e com estrutura laboratorial mínima implantada, com vistas em monitorar os casos de DST atendidos e notificados nestes serviços;
10. Implementar o SINAN como instrumento alternativo de notificação de casos de DST em âmbito local, dotando o mesmo de uma listagem completa destes agravos, para notificação dos casos atendidos em serviços que não estão estabelecidos para a Vigilância Aprimorada das DST, considerando-se que este não é um sistema obrigatório de notificações e com vistas em facilitar a operacionalização das atividades de

- 2- Prover informações para construção de indicadores de avaliação para diversas áreas que atuam em DST/aids.

### ***Diretrizes***

- 1- Observar as tendências de comportamento na população ao longo do tempo.
- 2- Realizar estudos comportamentais e de soroprevalência na população de jovens;
- 3- Realizar comparações das práticas de comportamento entre países;
- 4- Realizar estudos de comportamento em grupos específicos da população. Essas pesquisas têm o objetivo de estudar o comportamento das pessoas que têm maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV;
- 5- Realizar estudos qualitativos sobre comportamento;
- 6- Sistema de monitoramento rápido de questões sobre o comportamento por meio de estudos de base populacional ou em grupos específicos;
- 7- Realizar pesquisas de opinião pública ou institucional sobre assuntos relacionados ao controle do HIV/aids;
- 8- Subsidiar a coleta de informações para a avaliação das ações de controle de DST/aids.

### ***Estratégias***

- 1- Realizar pesquisas de comportamento na população geral e elaborar estudos transver

- 5- Realizar estudos qualitativos e grupos focais para se obter um conhecimento mais profundo sobre as práticas de comportamento da população estudada a fim de se complementarem as pesquisas quantitativas realizadas, bem como sugerir novos temas a serem investigados;
- 6- Monitoramento rápido de questões sobre comportamento consiste em utilização de pesquisa telefônica em grupos institucionais, localidades ou grupos populacionais com alta cobertura de telefones ou, ainda, são utilizadas pesquisas na população de usuários do serviço "Disque-Saúde/ Pergunte Aids", do Ministério da Saúde;
- 7- Realizar pesquisas telefônicas de opinião pública ou institucional por meio da estruturação de um setor de pesquisas ativas localizado no serviço "Disque Saúde/ Pergunte Aids", do Ministério da Saúde;
- 8- Utilizar a metodologia telefônica para coletar informações sobre diversos assuntos com vistas à construção de base de informações para o planejamento e avaliação das ações de controle das DST/aids.

### ***Normas e Procedimentos***

#### 1- Pesquisas telefônicas

Construção de um setor de pesquisas ligado ao serviço do "Disque-Saúde/ Pergunte Aids", do Ministério da Saúde. Este setor conta com equipamentos (computadores, linhas telefônicas) e programa de computador específico para pesquisas. Há a necessidade de operadores especializados e supervisores de pesquisa e treinamento continuado dos mesmos. A metodologia de amostragem, elaboração de questionário e forma de abordagem do entrevistado deverá ser construída adequadamente para o método telefônico.

#### 2- Pesquisas de campo, para população geral ou populações específicas

1. Garantir a disponibilidade e o funcionamento correto dos equipamentos e sistemas, por meio da elaboração e implantação de Políticas de Segurança, Planos de Continuidade e suporte aos usuários;
2. Desenvolver sistemas e rotinas automatizadas para contribuir para qualidade, eficiência e otimização do fluxo de informações, de forma que os gestores do Programa Nacional de DST/Aids possam tomar decisões com mais rapidez e segurança;
3. Implementar em nível nacional sistemas para automatizar e controlar a distribuição de medicamentos (Siclom), a realização de exames laboratoriais (Siscel) e o gerenciamento das atividades relacionadas ao Acordo de Empréstimo (Siaids), descentralizando para os estados e os municípios conveniados, pela capacitação de multiplicadores, o suporte a estes sistemas;
4. Realizar estudos visando a proposição de soluções tecnológicas modernas e adequadas às necessidades da Coordenação Nacional;
5. Divulgar e disseminar as informações técnicas e gerenciais da Coordenação Nacional de DST e Aids pela home-page e pelo correio eletrônico;
6. Fornecer apoio técnico em informática aos países com os quais a Coordenação Nacional mantém relações, com especial ênfase aos países africanos de língua portuguesa (Palops) e aos países ligados ao Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH);
7. Capacitar e aperfeiçoar a equipe técnica da Unidade de Informática nas atuais e futuras tecnologias;
8. Realizar o licenciamento dos softwares utilizados pela Coordenação Nacional.

1. Realização de trabalhos de apresentação, diagramação e arte finalização de publicações da CN-DST/Aids assim como dos órgãos e instituições à ela relacionados;
2. Produção de peças de multimídia e documentos para veiculação em redes, como Internet;
3. Apoio para apresentação visual de trabalhos realizados pelas Unidades existentes na CN-DST/AIDS.

## ***Gestão***

### ***Diretrizes***

- 1- São princípios básicos norteadores do processo de gestão os princípios do Sistema Único de Saúde, com ênfase nos princípios de descentralização, participação comunitária e controle social, para garantir a institucionalização e a sustentabilidade das ações de prevenção e controle das DST e aids.
- 2- O processo de gestão é um processo integral e participativo, que envolve as distintas instituições, organizações, órgãos e instâncias governamentais e não-governamentais, nacionais e internacionais, que participam da formulação e implementação de políticas, diretrizes, estratégias e ações de prevenção e controle das DST/aids no País.

### ***Estratégias***

1. Constituição e funcionamento, em nível federal, de uma estrutura que integre as distintas dimensões do processo de gestão e articule suas diversas instâncias gestoras, tanto nacionais quanto internacionais, cumprindo um papel de assessoria permanente aos níveis decisórios do Ministério da Saúde na resposta às DST e aids;

5. Formalização e acompanhamento de convênios com consórcios intermunicipais, estados e municípios, como instrumento jurídico regente das relações entre as três esferas de governo;
6. Orientação e apoio ao processo de elaboração dos Planos Operativos Anuais (POA) do nível federal e de estados, municípios e consórcios conveniados;
7. Consolidação e aprofundamento da parceria com ONG, centrais sindicais, órgãos de Classe, universidades e entidades da sociedade organizada, por meio da formulação de projetos específicos que contemplem as prioridades técnicas e políticas do Programa de DST e aids;
8. Estímulo e apoio à criação de comissões/comitês estaduais e municipais de DST/aids, preferencialmente vinculados aos respectivos Conselhos de Saúde, ou Câmaras Técnicas vinculadas aos programas estaduais e municipais. Tais órgãos colegiados devem constituir um espaço para a participação democrática dos principais atores envolvidos, inclusive representantes das Unidades de Serviços de Saúde específicas em DST/aids, ONG, e outras entidades representativas de usuários e da sociedade civil, e têm como função propor, enriquecer, legitimar, acompanhar e fiscalizar as questões relativas às DST/aids, no seu âmbito de atuação;
9. Articulação com as Agências Internacionais, bilaterais e multilaterais, que desenvolvem ações de cooperação técnica e financeira em DST e aids no Brasil, com prioridade para o Banco Mundial e as agências executoras de projetos.

### ***Normas e Procedimentos***

- 1- Constituição da República Federativa do Brasil - 1988: texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas por Emendas Constitucionais - de número 1 (de 1992) a 4 (de 1993) -, e Emendas Constitucionais de Revisão - de número 1 a 6, de 1994.

dos serviços assistenciais;  
III - participação da comunidade.”

2- O SUS e o Controle Social — Guia de Referência para Conselheiros Municipais Edição do Ministério da Saúde, 1998

"As diretrizes constantes do artigo 198 da Constituição Federal orientam a organização e o funcionamento do SUS com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira. Único, portanto, não porque a organização dos serviços deva se dar da mesma maneira em todos os estados e municípios, mas porque as diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade devem prevalecer sobre toda e qualquer alternativa de reorganização dos serviços de saúde."

"Princípios que devem ser observados na operacionalização dessas diretrizes:

Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (todas as pessoas, sem discriminação, têm direito ao atendimento público e gratuito à saúde); a igualdade da assistência à saúde (o mesmo tipo de atendimento deve ser oferecido a todas as pessoas, sem preconceitos ou privilégios); a equidade na distribuição de recursos (destinar mais recursos para localidades mais pobres e com menor capacidade de atender às necessidades de suas populações); a resolutividade dos serviços (capacidade de resolver os problemas de saúde da população); a integralidade da assistência; a descentralização e a participação da sociedade."

"A descentralização, a integralidade e a participação da comunidade constituem-se no tripé de sustentação do SUS."

### 3 - Lei Orgânica da Saúde — LOS, de 19 de setembro de 1990

É o conjunto de duas leis editadas: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter de norma geral, contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos estados e municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantir — em seus respectivos territórios — o direito à saúde para seus habitantes.

#### Lei nº 8.080/90

Dispõe sobre a descentralização político-administrativa nas três instâncias de governo e enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde, o que significa redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios.

#### Lei nº 8.142/90

Dispõe sobre a criação dos Conselhos de Saúde, das Conferências de Saúde e da participação da comunidade na gestão do SUS. Esta lei estabelece as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do SUS, pela participação em Conferências e Conselhos de Saúde. Ambos são paritários, pois os usuários têm direito à metade dos representantes, e sua organização e funcionamento são definidos em regimento próprio aprovado pelos Conselhos.

As Conferências de Saúde têm caráter consultivo, avaliam a situação de saúde e propõem as diretrizes da política de saúde em cada instância de governo.

#### 4- NOB - SUS - 01/96

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde — SUS

"Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão"

Portaria Ministerial nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União em 6/11/96



avançando na consolidação dos princípios do SUS; institui os colegiados de direção, articulação e negociação, Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite; e dispõe ainda sobre o Financiamento das Ações e Serviços de Saúde: Responsabilidades; Fontes; Transferências Intragovernamentais e Contrapartidas; Tetos Financeiros dos Recursos Federais; Programação Pactuada e Integrada - PPI; Controle, Avaliação e Auditoria; Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo; Piso Assistencial Básico - PAB; Incentivo aos Programas de Saúde da Família - PSF e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; Fração Assistencial Especializada - FAE; Teto Financeiro da Assistência do Município - TFAM; Teto Financeiro da Assistência do Estado - TFAE; Índice de Valorização de Resultados - IVR; Remuneração por Serviços Produzidos; Remuneração de Internações Hospitalares; Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo / Complexidade; Custeio das Ações de Vigilância Sanitária; Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças; Condições de Gestão do Município (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal).

## 5- Sobre as Comissões Interinstitucionais de Aids

### I - Embasamento Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil 1999 (Artigos 196, 197 e 198);
- Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 e 8.142);
- Cláusula Décima Terceira do Convênio - item XII.

### II - Da Estrutura e Finalidade

- Instituída por resolução do Secretário de Saúde e publicada no DO Local;
- Objetivos (finalidade). Além dos objetivos da situação epidemiológica, não esquecer aqueles que dizem respeito à descentralização, à participação e ao controle social, institucionalização e sustentabilidade;
- De caráter consultivo / articulação com CSL.

### III - Da Composição

- Como irá funcionar: com reuniões permanentes (mensais);
- Onde (SES/SMS/CSL);
- Questão da Pauta: deverá ser elaborada entre os gestores e o membro da Comissão e divulgada com antecedência;
- Quorum mínimo para que as reuniões aconteçam deverá ser de 50% mais um etc.

#### V - Atribuições e Competências

- Assessorar;
- Articular;
- Elaborar Pareceres;
- Acompanhar;
- Avaliar.

#### VI - Condições Básicas de Funcionamento

- Condições técnicas e administrativas;
- As regras de funcionamento devem garantir ampla participação de todos os atores envolvidos;
- Articulação entre os membros, reatualizando suas posições.

#### VII - Das Disposições Legais

Regulamenta:

- Casos omissos;
- Alterações na Composição;
- Alterações nas Atribuições etc.

Legislação Aplicável

**Lei nº 9.692, de 27/07/1999**

**Lei nº 9.789, de 23/02/1999**

**Lei nº 8.666, de 21/06/1993, com  
alterações da Lei nº 8.883, de**

**C  
O  
M  
P**

O princípio mais próximo da gestão prevê a execução de ações por estados e municípios, consórcios intermunicipais de saúde, outros órgãos governamentais, ONG e outras organizações da sociedade civil e organismos internacionais.

São assinados projetos internacionais, entre o governo brasileiro e organismos internacionais - agências especializadas das Nações Unidas, especificamente, tais como UNESCO, UNDCP e UNICEF —, com a participação do Ministério da Saúde, estabelecendo-se, com clareza, a responsabilidade das partes, além das informações técnicas inerentes a um projeto.

Para o registro, controle, acompanhamento e execução dos recursos financeiros, no contexto da gestão administrativa do projeto, a área de administração e finanças foi instituída com o objetivo de viabilizar o desenvolvimento do projeto, apoiando as unidades técnicas, no alcance das suas metas, com a agilidade de procedimentos que requer o tema de suas ações.

### ***Diretrizes:***

- 1- Registrar, controlar e monitorar a execução orçamentária-financeira:
  - 1.1) em nível de programa;
  - 1.2) em nível de execução descentralizada;
- 2- Orientar a tomada de decisão das unidades técnicas, relativa a assuntos de caráter administrativo-financeiro pela incorporação da prática de reuniões, das quais participam a GEAFI;
- 3- Prestar assessoramento aos agentes de execuções:
  - 3.1) internas - coordenação geral, assessorias, unidades técnicas;
  - 3.2) externas - ONG; fundações; universidades; secretarias estaduais e municipais; consórcios intermunicipais e outras organizações sociais sem fins lucrativos;

internacionais; monitorar todos os compromissos assumidos pelo projeto, fazendo os registros inerentes a essa movimentação; analisar e emitir parecer sobre os orçamentos dos subprojetos a serem implementados por ONG, Universidades, etc.; elaborar o instrumento jurídico a ser assinado pelo organismo internacional e as instituições parceiras; assessorar as unidades técnicas na classificação das despesas demandadas, com vistas no controle das categorias de despesas, subcomponentes, linhas orçamentárias dos PRODOC, resultados e atividades; estar presente em reuniões com as unidades técnicas, sempre que assuntos administrativo-financeiros participarem do tema a ser discutido, de modo a dar subsídio para tomadas de decisão; auxiliar as unidades técnicas sobre a execução de seus orçamentos, consolidados no POA, por meio de disponibilização ON-LINE de todos os registros realizados; participar de reuniões, seminários e manter contatos permanentes com os interlocutores desses organismos e instituições;

- 3) Organizar, coordenar, controlar e executar as ações que gerem pagamentos a terceiros; registrando todos os fatos administrativos da execução financeira; demandar ao organismo internacional a liberação dos recursos financeiros; controlar todos os pagamentos, sob diferentes níveis de execução; consolidar seus registros com os relatórios de pagamentos que lhe são encaminhados pela UNESCO e pela UAP/ABC; consolidar as previsões de gastos que lhe são enviadas pelas unidades técnicas;
- 4) Elaborar o manual operacional da CN-DST/AIDS disciplinando os aspectos administrativo-financeiros, em conformidade com as diretrizes do Banco Mundial e dos organismos internacionais; assessorando as instituições executoras de subprojetos, no tocante à execução financeira; responsabilizando-se pelo controle, acompanhamento, análise e aprovação das prestações de contas dos recursos transferidos a subprojetos, submetendo-as à homologação das organizações internacionais, promovendo auditorias preliminares, diretamente ou por meio de apoio das unidades técnicas da CN-DST/AIDS, nos locais onde são executados os subprojetos; trabalhar em estreito contato com a UAD, com vista à regularização dos bens adquiridos pelas instituições parceiras de execução; manter atualizado o controle de prestação de contas dos subprojetos; avaliar o desempenho das instituições executoras, relativamente

1. O presente documento tem por objetivo divulgar as Normas e Procedimentos aplicáveis à execução financeira com recursos originários de Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (BIRD).
2. A impropriedade na utilização dos recursos financeiros, isto é, a sua não-aplicação em obediência à presente instrução ou a execução de gastos em desacordo com o orçamento aprovado ensejarão a não aceitação da despesa efetuada e, conseqüentemente, a devolução dos valores correspondentes.
3. A prestação de contas dar-se-á como constante do instrumento jurídico a ser firmado com o responsável pela implementação do trabalho e nos termos do item IV, subitens 2) e 3), deste documento.
4. Quaisquer dúvidas com relação a esta instrução podem ser esclarecidas com os responsáveis pelas Unidades de Administração e de Finanças da GEAFI.
5. Sugere-se contato com a coordenação, por intermédio das unidades mencionadas, sempre que houver necessidade de esclarecimento a respeito da utilização dos recursos financeiros transferidos e ANTES da ocorrência do fato que suscitou a dúvida.
6. Todos os impressos, folderes, cartazes, faixas etc., quando adquiridos com recursos transferidos pela UNESCO, deverão mencionar a participação deste organismo e da Coordenação Nacional de DST e Aids.

## II. Despesas com Pessoas Físicas

### A. Pagamento de pessoa física por serviços prestados

- 1) Modalidade caracterizada pela prestação de serviços, de coordenação, assistente de coordenação, supervisão, consultorias, horas-aula, ou qualquer outra prestação de serviços remunerada, devidamente aprovada no orçamento. Os recibos devem ser encaminhados tendo como documentação de suporte: TOR e CV (anexo I, componente 3, pg. 183).

- 6) Nos casos eventuais de pagamentos superiores a R\$1.000,00, os recibos, como previstos no Item II, devem ser encaminhados, tendo como documentação de suporte Termo de Referência (anexo III componente 3, pg. 185), e curriculum simplificado (anexo X componente 3, pg. 192) previamente aprovados pela Coordenação.

#### B. Pagamento de diárias

- 1) Destina-se a atender, nas viagens a serviços, às despesas com hospedagem, alimentação, transporte e comunicação particular.
- 2) O valor das diárias está mencionado no orçamento do subprojeto aprovado pela Coordenação e seu pagamento se dará contra recibo (anexo IV componente 3, pg. 186).
- 3) Viagem que não enseje pernoite, entretanto sua duração seja igual ou superior a 10 (dez) horas, será remunerada em 40% da diária atribuída ao local onde o beneficiário passar este período.
- 4) Não é permitido o pagamento de diárias na cidade onde reside o beneficiário;
- 5) Não é permitido, também, o pagamento simultâneo de diárias e de despesas com hospedagem para o mesmo beneficiário.

#### III. Despesas com aquisição de material/serviços

- 1) De acordo com as Normas e Procedimentos do BIRD, todas as aquisições de material permanente/consumo/serviços devem ser precedidas de comparação de preços, sob a modalidade de "Shopping".
- 2) Para flexibilizar o processo, ATÉ R\$1.000,00, a comparação de preços poderá ser feita por contatos telefônicos, identificando-se, no mínimo, 3 empresas do ramo e solicitando-lhes encaminhar os preços do material/serviço desejado via fax. Para continuidade do processo, deverá haver, no mínimo, 3 propostas participantes e válidas. Esta flexibilização não autoriza FRACIONAMENTO DE DESPESA. que. uma vez cons-

(anexo VII, componente 3, pg. 189).

- c) A análise da proposta deverá ser feita por item, e a seleção da(s) empresa(s) pelo menor preço ofertado por item, desde que o material/serviço esteja de acordo com o especificado no Documento de Solicitação de Proposta.
  
- d) Carta de autorização de fornecimento/prestação de serviços à empresa vencedora do certame (anexo VIII, componente 3, pg. 190).

#### IV. Prestações-de-contas

- 1) A transferência de recursos, respaldada por instrumento jurídico a ser firmado com a instituição implementadora, se dará em conformidade com cronograma financeiro aprovado.
  
- 2) O total das prestações de contas, pela utilização dos recursos, deverá estar em mãos da coordenação até 30 dias após o encerramento da vigência do instrumento jurídico respectivo.
  
- 3) Prestações de contas parciais deverão ser apresentadas (relativas às parcelas - 1ª, 2ª e subseqüentes) conforme estabelecido no instrumento mencionado no item 2 acima;
  
- 4) Os processos de comprovação deverão conter:
  - a) Relatório financeiro (anexo IX, componente 3, pg. 191), com detalhe do recebimento e dos pagamentos efetuados;
  
  - b) Extrato bancário;
  
  - c) Notas fiscais/faturas/recibos (todos os comprovantes de pagamentos colocados



devem ser anexados à prestação de contas, juntamente com nota explicativa mencionando trecho, período e propósito da viagem. A aquisição do bilhete dar-se-á em conformidade com o item III - Despesas com Aquisição de Material/Serviços.

*C  
O  
M  
P*

### ***Diretrizes***

- 1- Viabilizar o desenvolvimento de um trabalho voltado para o efetivo controle da aplicação dos recursos alocados aos projetos (sejam os obtidos junto ao Banco Mundial, ou os de contrapartida nacional), por intermédio de uma efetiva e tempestiva análise das prestações de contas e da realização de auditorias preventivas, de modo a garantir o emprego das normas e procedimentos e a correta aplicação dos recursos dentro dos interesses a que os projetos se propõem, satisfazendo os objetivos da Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde;
- 2- Subsidiar a Coordenação Nacional de DST e Aids, suas unidades técnicas e órgãos externos, com informações capazes de permitir a adequada tomada de decisão com base no monitoramento dos recursos prestados contas;
- 3- Informar as unidades técnicas sobre o desempenho de entidades executoras de projetos finalizados com prestação de contas apresentadas e aprovadas;
- 4- Garantir a elegibilidade dos procedimentos e comprovação de despesas junto ao Fundo Nacional de Saúde - FNS e Banco Mundial, sedimentando normas e procedimentos do Banco Mundial, UNESCO, UNDCP e FNS, por intermédio da revisão das normas e procedimentos, com a realização de visitas a título de monitoria e auditoria preventiva dos processos de prestação de contas, antevendo possíveis irregularidades ou incorreções na aplicação das normas e procedimentos, e na utilização dos recursos.

### ***Estratégias***

- 1- Implantação de um sistema informatizado de monitoramento e auditoria preventiva que possibilite maior rapidez e segurança nas informações utilizadas.;

- 8- Análise e aprovação de prestações de contas, submetendo-as à homologação dos organismos Internacionais;
- 9- Implantação de um sistema de avaliação de desempenho das instituições executoras de projetos, relativamente à aplicação e comprovação dos recursos a elas transferidos;
- 10- Orientação na tomada de decisão das unidades técnicas, relativa aos assuntos de prestação de contas de recursos;
- 11- Manutenção de contatos com órgãos de controle e auditoria, SFC/MS e outros envolvidos no processo de prestação de contas.

<b>Lei Nº 8.666, de 21.06.1993</b>	<b>- Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública.</b>
<b>Instrução Normativa STN/MF Nº 1, de 15.01.1997</b>  <b>realização de eventos.</b>	<b>- Disciplina a celebração de Convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de Projetos ou</b>
<b>Decreto Nº 20, de 01.02.1991</b>	<b>- Estabelece critérios e condições para transferências de recursos financeiros do Tesouro Nacional mediante celebração de Convênios.</b>
<b>Decreto Nº 93.872, de 23.12.1986</b>	<b>- Dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional.</b>
<b>Normas de Execução conjunta STN Nº 02, de 05.03.1999</b>	<b>- Define os procedimentos de movimentação de recursos externos e de contrapartida nacional, decorrentes dos acordos de empréstimos e concessões de créditos especiais</b>

nanceira. Cabe à área de cooperação externa traçar as diretrizes políticas e a estratégia de atuação da CN-DST/AIDS, com relação aos demais países, bem como responder às demandas advindas das instâncias competentes do governo federal, com respeito à política externa em nível macro.

Levando-se em conta o fato de que as doenças sexualmente transmissíveis e a aids não se limitam às fronteiras do País, nem tampouco podem ser enfrentadas de forma isolada, com o risco de se difundirem de forma generalizada e incontrolável, a cooperação externa entre os países vem no sentido de buscar respostas conjuntas e, ao mesmo tempo, compartilhar soluções para a epidemia entre os distintos países.

### *Tipos de cooperação*

A CN-DST/AIDS trabalha com três formas básicas de cooperação:

- cooperação Informal;
- cooperação interinstitucional;
- cooperação oficial.

A cooperação informal é aquela em que não há um instrumento de direito internacional que a regulamente e em que o compromisso se dá em nível individual.

A Cooperação Interinstitucional é realizada diretamente de instituição para instituição, não envolvendo os órgãos responsáveis pela cooperação internacional no âmbito federal.

No que diz respeito à cooperação oficial, existem três tipos básicos:

- cooperação técnica;
- cooperação científica e tecnológica; e
- cooperação financeira.

A cooperação técnica oficial deve passar necessariamente pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC). A Agência tem como atribuição coordenar e supervisionar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, em todas as áreas do conhecimento. Os programas e projetos são negociados e implementados ao amparo dos acordos firmados pelo Brasil com os

todos os países tem aportes a dar, bem como podem beneficiar-se do compartilhamento de experiências com os países parceiros.

Por outro lado, tem como base os aspectos éticos e humanitários relacionados à epidemia de aids e ao controle das doenças sexualmente transmissíveis no mundo, levando-se em conta a necessidade de um esforço coletivo para conter o avanço vertiginoso da epidemia em termos globais e considerando-se a importância de um intercâmbio técnico, tecnológico, científico e financeiro para possibilitar uma resposta mais adequada à doença.

Com relação aos grandes objetivos da CN-DST/AIDS, as ações de cooperação externa fornece aporte ao fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e aids.

Constituem áreas prioritárias da cooperação externa as ações, no âmbito do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids, entre países da América Latina e do Caribe (GCTH), os projetos no âmbito do mercosul, as ações e projetos com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS), bem como outras áreas que venham a ser definidas como relevantes por parte do Ministério das Relações Exteriores do Brasil ou por outras instâncias competentes do governo federal.

### ***Diretrizes***

- 1- Promoção do intercâmbio de experiências e tecnologias visando a respostas conjuntas à epidemia de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis;
- 2- Fortalecimento do princípio da horizontalidade nas relações bilaterais e multilaterais do Brasil;
- 3- Fortalecimento da inserção do Brasil nas regiões de importância geopolítica do País, particularmente nas áreas definidas como prioritárias pelas instâncias responsáveis pela formulação da política externa do Brasil.

### ***Estratégias***

- Estreitar relações com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS);
- Estreitar relações com países da América do Norte, Europa e Ásia, particularmente em áreas onde o Brasil venha a necessitar de aprimoramento técnico;
- Atender, sempre que possível, às demandas advindas das instâncias responsáveis pela formulação da política externa brasileira, e em particular do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, levando-se em consideração a inserção do País no cenário político internacional.







**QUADRO 1 – Modelos d**

<b>TIPO</b>	
1 – Crenças em saúde	Ba co su: pe pe pri ac

(peer education outreachwork)	e pr co es co
----------------------------------	------------------------

Prezados(as) Senhores(as),

Encaminhamos parecer técnico oficial dessa Coordenação sobre a testagem voluntária e entrega de exames anti-HIV a menores.

Informamos que este parecer responde às consultas realizadas por diversas Coordenações sobre a questão analisada à luz da legislação nacional e internacional e do quadro social brasileiro.

## P A R E C E R

1. Inicialmente, devemos analisar o conceito de menor que distingui-se em: "criança" e "adolescente", sendo esta distinção adotada pela Convenção sobre os Direitos da Criança, reiterada pelos Congressos Pan-americanos de Crianças e por diversas legislações (Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela), inclusive a brasileira.

2. Criança e Adolescente são etapas distintas da vida humana, tanto no aspecto psicológico, como no social, jurídico e biológico, reconhecendo-se a condição especial de pessoas em desenvolvimento. O adolescente, em determinadas circunstâncias, possui maturidade suficiente para formar opinião e decidir sobre assuntos que afetam sua vida e destino.

3. Na legislação brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa de 0 à 12 anos incompletos, e adolescente de 12 à 18 anos, tendo, ambos, os mesmos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

4. O art. 103 do Código de Ética Médica, versa sobre os impedimentos médicos, entre eles "revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acar-

A Convenção dos Direitos da Criança considera criança todo ser humano menor de 18 anos, assegurando "...à criança que estiver capacitada a formular seus próprios juízos o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados com a criança, levando-se devidamente em consideração essas opiniões, em função da idade e maturidade da criança." (art. 12, 1 ) E mais, "... proporcionará à criança, em particular, a oportunidade de ser ouvida em todo processo judicial ou administrativo que afete a mesma..."(art.12, 2).

Esta mesma Convenção, em seu art. 32, 2, normatiza que os Estados Partes , como o Brasil, "...adotarão medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais com vistas a assegurar..." a não exploração econômica da criança, assim como a repressão a esta conduta. Para tanto, entre outras ações dos Estados Partes, deverá ser estabelecido "...uma idade ou idades mínimas para a admissão em empregos..."

Seguindo estas orientações o ECA, em seu art.2º, conforme disposto no texto inicial do parecer, item 4, determina as idades que irão pautar todos os demais dispositivos legais dessa legislação:

- o art. 45,§ 2º ordena que para adoção do maior de 12 (doze) anos, será necessário seu consentimento;

- o art. 64 faculta ao adolescente de 12 (doze) à 14 (quatorze) anos o direito de exercer atividade remunerada na condição de aprendiz. Enquanto que a criança (pessoas de 0 à 12 anos incompletos), é vetado , em qualquer circunstância;

- o art. 65 dispõe que o adolescente de 14 (quatorze) à 18 (dezoito) anos pode trabalhar, sendo assegurados seus direitos trabalhistas e previdenciários;

- o art. 101 elenca as medidas de proteção a serem impostas para a criança infratora, sem haver, em nenhum tipo de infração, a privação de liberdade;

- art. 112 elenca as medidas sócio-educativas a serem impostas para o adoles**cente**, ***implicando, para determinadas infrações, a pena de privação de liberdade.***

Lastreada em todos estes dispositivos jurígenos, que nasceram, entre outras bases, de uma avaliação sócio-psicológica da realidade brasileira, onde dados atualizados dão conta dos altos índices de gravidez na faixa etária de 10 (dez) à 14 (quatorze) anos, foi elaborado o presente parecer de que a testagem e entrega dos exames anti-HIV podem acontecer pelo livre arbítrio do adolescente, segundo a delimitação de idade do ECA. Não há de se esquecer o

Enviamos nossos cordiais protestos de estima e apreço,

PEDRO CHEQUER

Coordenador Nacional de DST e Aids

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

OFÍCIO CFM - Nº 2797/98.

Considerando o "risco concreto de transmissão de alguns agentes infecciosos, incluindo-se o vírus da Imunodeficiência Humana-HIV, através de acidentes de profissionais de saúde com sangue e/ou secreções de pacientes infectados e sabendo-se da importância do tratamento precoce, inclusive com a possibilidade de abortamento da infecção, julgamos absolutamente fundamental o esclarecimento se o paciente seria ou não portador de algum agente infeccioso que poderia ser transmitido para o profissional de saúde no acidente ocorrido.

Desta forma, nos parece que o princípio básico da legislação sanitária de preservação do estado de saúde assegura ao acidentado não só o direito à todas as medidas de tratamento, como também o direito de conhecer o estado de saúde em que se encontra o paciente, do qual se acidentou com material biológico deste, notadamente se este material é sangue.

Ressaltamos, entretanto, que o direito do acidentado, no caso específico, de conhecer o resultado do exame do paciente do qual se acidentou mantém correspondência direta com a obrigação do profissional acidentado de manter o devido sigilo sobre o resultado deste exame, estando sujeito inclusive a sanções éticas e/ou judiciais caso não venha a manter tal sigilo.

Em conclusão, portanto, nosso Parecer à respeito deste assunto o CFM assegure o direito dos profissionais de saúde que acidentalmente a material biológico passíveis de transmissão de a infeccioso, no caso específico o HIV, de conhecerem a situação s paciente de cujo material se acidentaram, observando-se o que preconiza os Códigos de Ética, bem como a legislação sanitária no que diz respeito ao sigilo profissional.

***Como segunda indagação o Dr. Pedro Chequer solicita que o CFM se manifeste quanto ao procedimento da Caixa Econômica Federal a optantes do F.G.T.S, portadores do HIV e doentes de AIDS, a apresentação do exame anti-HIV com menos de 30 (trinta) dias, para que seja liberado o saque do fundo.***

Quanto a esta segunda indagação, apesar da argumentação pelos funcionários da Caixa Econômica Federal tentando justificar a manutenção e a segurança do patrimônio do trabalhador, não nos parece Ter nenhum sentido a exigência da apresentação do exame anti-HIV.

O atestado médico como bem frisou o representante da Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS, Raldo Bonifácio Costa Filho, é documento de fé pública assumindo o profissional médico que o subscreve a responsabilidade total pela veracidade do mesmo.

Com certeza a Caixa estará zelando muito mais do patrimônio do trabalhador se ao invés de exigir o acréscimo do resultado do exame de Perícia Médica naqueles casos em que verifique algum indício de fraude.

cia, de um calendário de datas e épocas mais propícias a sensibilização da população geral e segmentada, alvo de interesse para a promoção da Saúde Pública e prevenção das DST/HIV/aids e do uso indevido de drogas, na luta contra a epidemia.

Entre essas datas, são exemplos tradicionais, em nível nacional, o Carnaval e o Dia Mundial de Luta contra a Aids. Também outras oportunidades podem e devem ser aproveitadas com esses objetivos, como o Dia dos Namorados, o Dia Internacional da Mulher, o Dia Internacional de Combate às Drogas, a Semana Nacional Anti-Drogas e outras datas comemorativas de mobilização social em defesa das minorias, dos direitos humanos e da cidadania. Em nível regional/local, são exemplares as micaretas, feriados e festas populares e históricas, e eventos de mobilização política e afluência de público.

Promoção do material de comunicação

***Os meios comunitários e interpessoais têm-se mostrado mais efetivos na promoção de mudanças de comportamentos, atitudes e práticas. Sendo assim, recomenda-se, de maneira geral, em relação aos meios de comunicação, a combinação na utilização dos meios massivos (jornais locais, jornais-murais, serviços de alto-falantes, rádios comunitárias) e alternativos (contas de luz, gás, telefone, volantes de loterias, sacolas de supermercado, caixas de fósforos, etc.) Também é importante que essas ações obtenham um forte apoio dos meios interpessoais de comunicação (palestras, aulas, workshops, grupos de discussão, grupos de auto-ajuda).***

Escolha dos veículos e espaços de comunicação

A cooptação, o envolvimento e a sensibilização do sujeito-objeto, com desenvoltura, depende da definição de um veículo de comunicação que o encontre onde ele estiver, na hora oportuna, e que lhe faça chegar a mensagem de uma forma atraente e prazerosa. Por exemplo, uma população que apresente nível de escolaridade inferior exige do comunicador a exploração de meios preponderantemente audiovisuais, sem detrimento da palavra escrita, como é o caso de cartazes, teatro, rádio, televisão e outros.

A definição do local de difusão do público-alvo ao material de comunicação é importante, na medida em que permite maior aproximação e melhor acesso de seus usuários. O material deve ser oferecido em quantidade suficiente e com variedade de locais, para favorecer o acesso desse público (hospitais, centros e postos de saúde, centros de referência, locais de trabalho, unidades do sistema penitenciário, assentamentos/acampamentos rurais, áreas de garimpo, reservas extrativistas, unidades das Forças Armadas, locais de comércio sexual, postos de combustível etc.).

curso, verbal e visual, reconhecido pela população à qual se destina. O que nos impõe a necessidade da realização de estudos sobre a linguagem e seus valores intrínsecos, o levantamento de informações, estudos e pesquisas já realizadas - ou em processo - sobre a linguagem mais objetiva e clara, familiar e atraente, e receptiva, para uma comunidade e/ou região. Características da regionalidade, experiências sociais significativas, perspectivas e circunstâncias atuais de uma realidade sociocultural devem ser consideradas, servindo de base à definição da linguagem mais adequada a seu público.

#### Avaliação do material

Esse procedimento deve compreender todas as etapas do processo de criação, planejamento e implementação das estratégias e ações de comunicação, propiciando um feedback corretivo permanente. Sua principal função é realimentar o processo, identificando pontos fortes e fracos das estratégias, metodologias e instrumentos selecionados, e fornecer informações que orientem a tomada de decisões no sentido de manter ou reformular o plano de ação. Algumas técnicas utilizadas para a avaliação formativa são: grupos focais, entrevistas de interceptação, entrevistas em profundidade e revisão dos materiais por agentes multiplicadores.

Outrossim, no processo de produção de um material de comunicação, a interatividade é um princípio democrático que deve ser aplicado, tanto na elaboração de produtos isolados quanto em peças de campanha - que envolvem maiores esforços técnicos e econômicos -, porque permite que seja pré-avaliada sua compreensão e sua aceitação, possibilitando as últimas alterações necessárias e evitando prejuízos nos investimentos de comunicação. Trata-se, pois, de uma ação preliminar de "mão-dupla" (emissor-receptor), cuja grande virtude é abrir espaço à participação da comunidade na construção, no uso e na avaliação dos produtos a ela destinados.

***Portanto, devem-se promover pesquisas prévias, antes de uma decisão final sobre sua forma e conteúdo e durante o desenvolvimento das ações e testes preliminares dos materiais informativos ou peças promocionais.***

#### Crédito das publicações

O uso de logomarcas para crédito dos materiais deve respeitar a ordem hierárquica das instituições responsáveis por sua elaboração e/ou apoio. Também é recomendação expressa do Ministério da Saúde que essas logomarcas não vinculem o material creditado a hábitos e costumes incoerentes com seus objetivos, em defesa da promoção da Saúde Pública.

#### Direitos autorais

O autor da obra e outros participantes em sua criação, ainda que sob a condição de



***ANEXOS***  
***ASSISTÊNCIA***



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**PROGRAMA NACIONAL I**

\_\_\_\_\_

NO DE DA CUANTOS INT

**HOSPITAL POSSUI PF**

**O HOSPITAL TEM UN  
AIDS**

6. SIM

## ESPECIFICAÇÕES MÉ





# DA PATOLOGIA CLÍN

ESPECIFICAÇÕES

## ESPECIFICAÇÕES

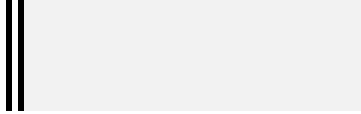
**DA PATOLOGIA CLÍNICA**

**ESPECIFICAÇÕES**

# ANATOMIA PATOLÓG

	S
BIÓPSIA	







LOCALIZAÇÃO  
NÃO



## **ESPECIFICAÇÕES**

CLÍNICO GERAL

INFECTOLOGISTA

PEDIATRA

GINECOLOGISTA

OFTALMOLOGISTA

PSIQUIATRA

ODONTÓLOGO

PSICÓLOGO

ASSIST. SOCIAL

NUTRICIONISTA

FARMACÊUTICO

ENFERMEIROS

AUX. DE ENFERMAGEM

# ESPECIFICAÇÕES

## HEMOGRAMA

# 1. INTERNAÇÃO

-----~-----

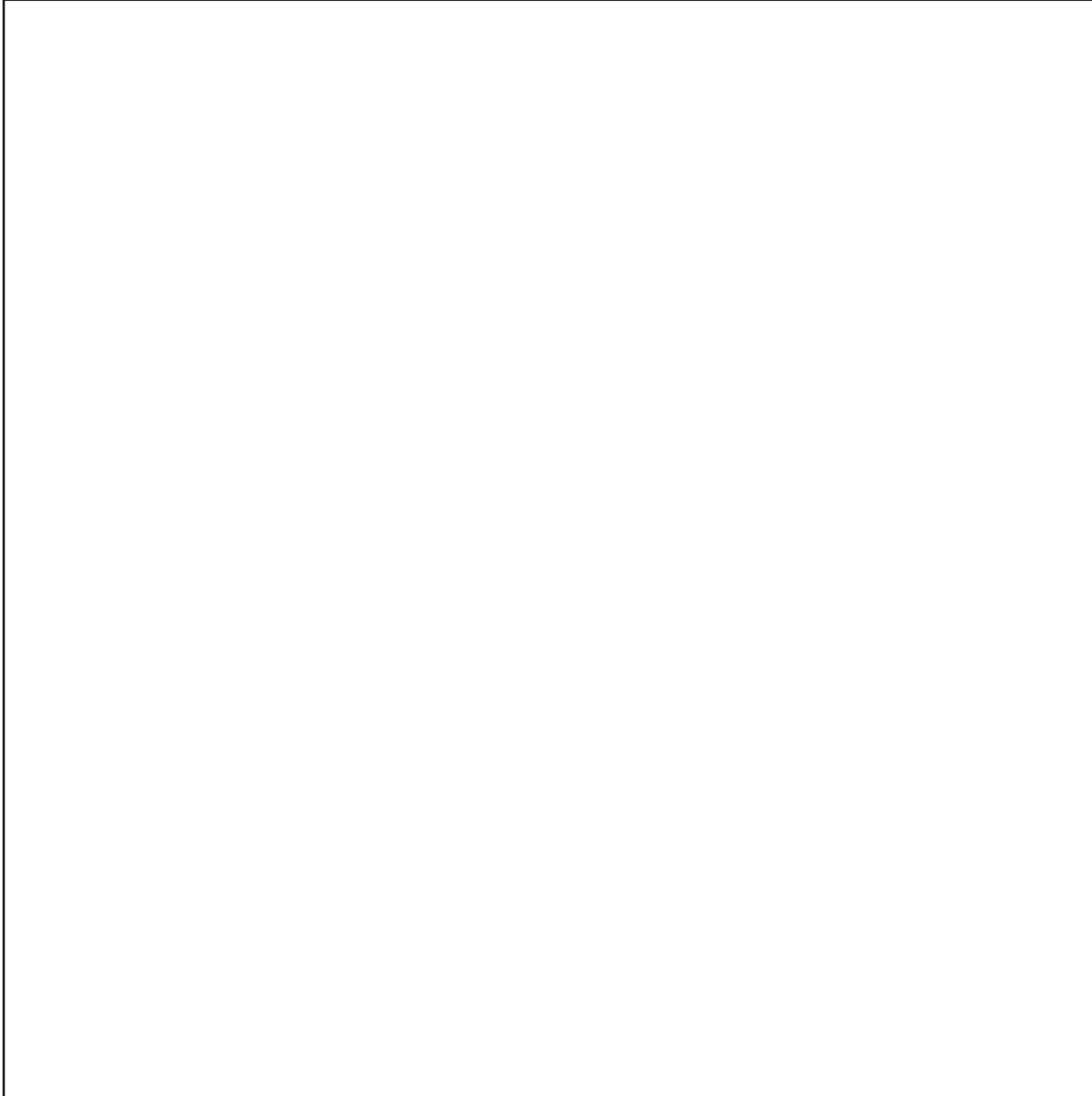
***PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE  
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA***

***INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO***











1.1. Situação geográfica do município, estabelecendo o seu grau de importância como pólo de referência em nível estadual ou regional.

1.2. Dados populacionais.

**2. Descrição da situação epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS na cidade e na região de implantação do SAE, com ênfase em:**

2.1. Nº de casos vivos de AIDS na região proposta para implantação do Serviço .

2.2. Número de casos novos de AIDS notificados por mês (no município e/ ou Estado).

2.3. Estudos recentes de soroprevalência.

2.4. Citar os principais Serviços que prestam assistência aos portadores do HIV/AIDS no município/região.

2.5. Se há demanda reprimida.

**3. Local de implantação do SAE:**

3.1. Caracterização do bairro/distrito sanitário onde se localizará o SAE, quanto ao tipo de população e facilidade de acesso.

3.2. Justificativa da escolha da localização pretendida.

**4. Serviços de referência:**

4.1. Quantos e quais são os Serviços com os quais o SAE estabelecerá um mecanismo de referência e contra-referência para atendimento aos portadores do HIV/AIDS.

**5. Instalação física do SAE:**

5.1. Esclarecer se o SAE será instalado em uma unidade de saúde já existente (ambulatório de um hospital, policlínica ou HD), ou não. Quando vinculado a um hospital, informar o nº de leitos destinados à internação dos portadores do HIV/AIDS, e o nº de profissionais (médicos e enfermeiros) do Serviço disponibilizados para a assistência aos pacientes.

5.2. Estrutura física do local de instalação do SAE (consultórios, sala de dispensação de medicamentos, sala de reuniões, sala de espera , etc.).

5.3. Informar se o SAE apresenta sua estrutura física já adequada para funcionamento (a partir de um ambulatório já em funcionamento), ou encontra-se em fase de reformas.

**6. Gerência e funcionamento:**

6.1. Quem será responsável pela coordenação/gerência do SAE.

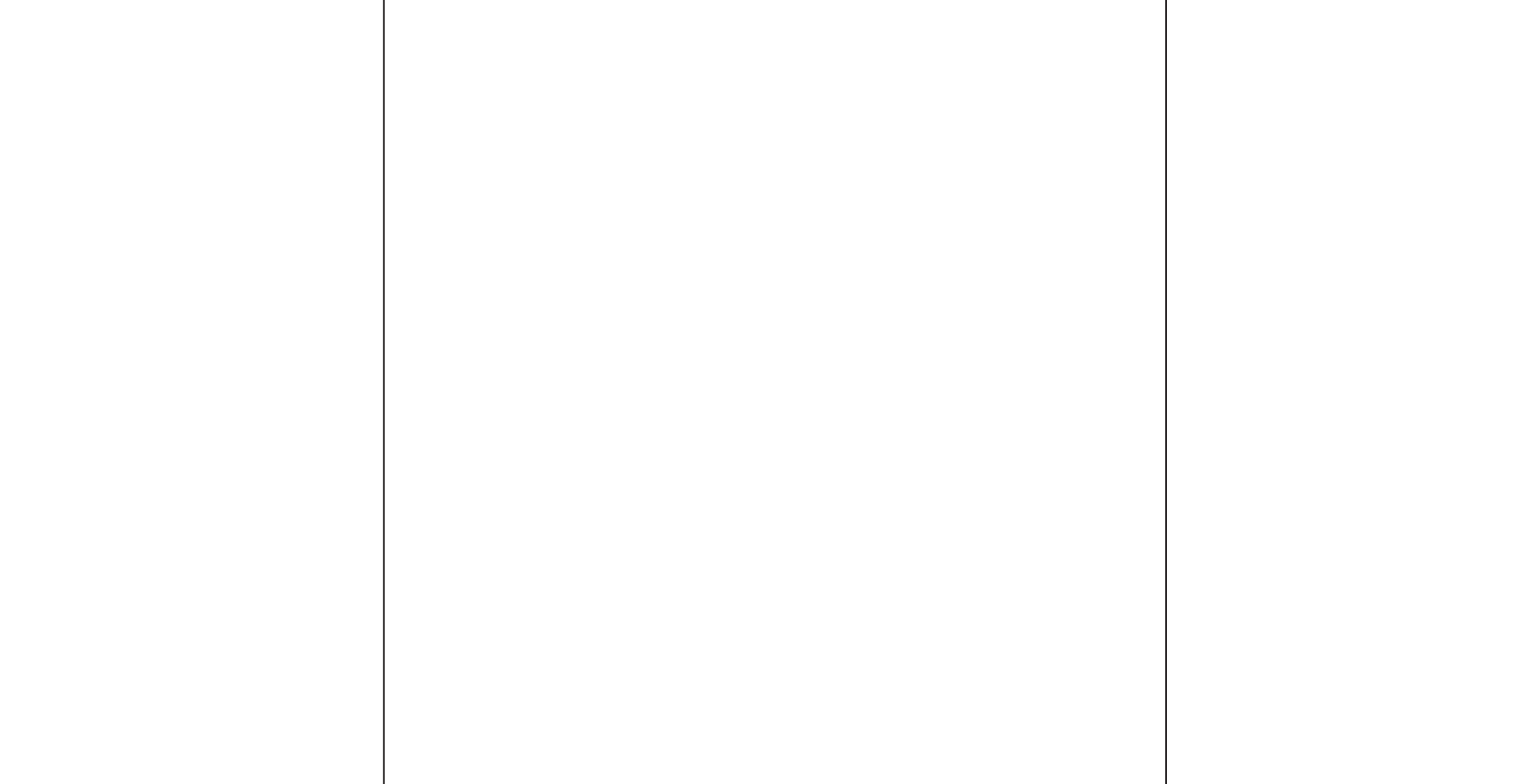
6.2. Quais e quantos serão os profissionais que comporão a equipe do SAE. Relatar a carga horária de disponibilização para o SAE dos componentes da equipe. Relatar o vínculo empregatício dos profissionais com o Serviço em que será implantado o SAE. Relatar a experiência clínica dos profissionais. Relatar se estes profissionais já foram treinados para atendimento aos portadores do HIV/AIDS na modalidade de SAE. Relatar como serão realizadas consultas das especialidades não oferecidas no SAE.

6.3. Qual a previsão de horário de funcionamento do SAE(especificar número de pacientes/dia).

6.5. Qual (is) Serviço(s) realizará (ão) os exames laboratoriais e diagnóstico por imagem para os pacientes em seguimento no SAE.

6.6. Como e onde será feita a dispensação dos medicamentos destinados ao SAE.

6.7. Qual o nº de profissionais disponibilizados para a assistência psico-social.



#### **IV - OBJETIVO GERAL**

Os projetos de implantação/implementação das Alternativas Assistenciais (SAE,HD e ADT) enquadram-se no Objetivo Geral do Projeto BRA92/001, do PN-DST/AIDS de “Promover a melhoria da qualidade de vida dos portadores do HIV/AIDS”

#### **V - OBJETIVO ESPECÍFICO**

(Corresponde a um ou mais objetivos cujas atividades deverão resultar em produtos que colaborem com o alcance do Objetivo Geral). O(s) objetivo(s) específico(s) deverá(ão) ser quantificado(s) e apresentar(em) prazo(s) para realização.

Os projetos de Alternativas Assistenciais (SAE, HD e ADT) apresentam como principal objetivo específico “Proporcionar uma forma alternativa de assistência terapêutica e psicossocial a x% de pacientes portadores do HIV/AIDS\* em um período x\*\* de tempo”

\*esta população deverá ser prevista em função do nº de casos estimados vivos no município/região, da demanda de atendimento nos Serviços disponibilizados e da capacidade funcional do SAE a ser implantado.

**Atenção à Saúde  
DST/AIDS**

**IMPLEMENTAÇÃO** ( Detalhar as atividades, indicando a ordem de implementação , resultados esperados e o prazo de cada uma.  
: apresenta um modelo que poderá servir de orientação para preenchimento

<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<p>SAE responsibilizar ( 40 horas/ geral e/ou infectologista, x iliar de enfermagem, x sicólogo º de profissionais de cada considerar que o Serviço ntemente, uma e equipe te 40h/semanais</p>	<p>2 meses</p>	<p>Ter definido a equipe a desenvolver as atividades do SAE</p>
<p>equipe (depende das datas recidos e da demanda) nimento da equipe ao PN/ enação local ou instituição ciamento das passagens</p>	<p>1 semana</p>	<p>Ter uma equipe multiprofissional apta a desempenhar as atividades de SAE</p>
<p>física do SAE al de implantação do SAE ra mínima do Serviço necessidade de reformas</p>	<p>2 meses 6 meses (reforma)</p>	<p>Ter definida a estrutura física do SAE Ter um SAE com estrutura física adequada para funcionamento</p>

te

## ância à Saúde

**IMPLEMENTAÇÃO** ( Detalhar as atividades, indicando a ordem de implementação , resultados esperados e o prazo de cada uma. Adquirir apresenta um modelo que poderá servir de orientação para preenchimento

<b>ATIVIDADES</b>	<b>PERÍODO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
es e equipamentos ais e equipamentos a de materiais e equipamen-	4 meses	Ter o SAE equipado
adesão de outros Serviços SAE serviços que serão referên- apoio às intercorrências ões com representantes de am assistência aos porta- S	3 meses	Ter estabelecido sistema de referência e contra-referência que assegure um adequado do paciente nos diferentes níveis de assistência, consultas esp exames laboratoriais, internações convencionais e internações em regime
amiliares da necessidade e participação no processo portadores do HIV/AIDS SAE	processo contínuo	Familiares dos pacientes portadores do HIV/AIDS em seguimento no SAE p e colaboradores na assistência prestada aos pacientes
ipicação da comunidade na imento dos pacientes com	processo contínuo	Comunidade participativa na assistência aos portadores do HIV/AIDS, atra social e, se necessário, de ajuda material
	processo contínuo	Ter promovido a integração das instituições que desenvolvem ações de



OBJ.	ATIV.	DESCRIÇÃO	QTD	U\$-UNIT	U-\$TOTAL	M.S.	PARTIDA	TOTAL
ESP								





**Secretaria de Saúde  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SST/AIDS**

**DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA**

LÓGICA	INDICADORES
Melhoria da qualidade de vida dos pacientes com AIDS	Avaliação Qualitativa: -conforto físico e psico-afetivo do paciente  -envolvimento familiar (educação) na assistência ao paciente
Aumento da cobertura assistencial clínica e psico-social, ao paciente com AIDS	-Aumento do nº de pacientes assistidos sob uma forma alternativa de atendimento  -Aumento do grau de informação sobre o HIV/AIDS, às famílias dos pacientes
	- Nº de pacientes com assistência psicossocial - Relatórios elaborados - Produtividade (consulta)
	R\$ R\$ R\$ R\$

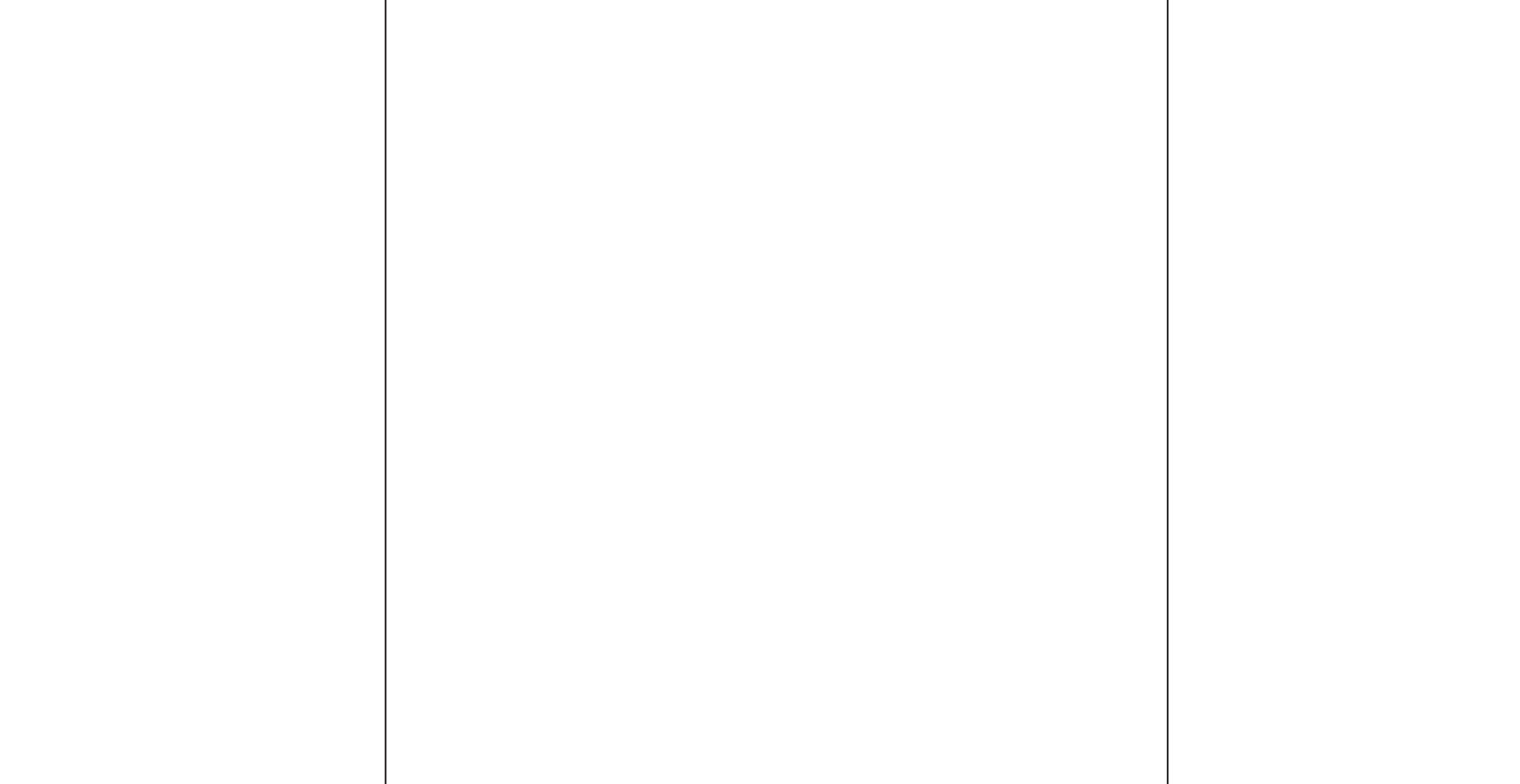
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE  
HOSPITAL DIA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO









1. *Dados gerais sobre a cidade de implantação do HD:*

1.1. *Situação geográfica do município, estabelecendo o seu grau de importância como polo de referência em nível estadual ou regional.*

1.2 *Dados populacionais.*

2. *Descrição da situação epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS na cidade e na região de implantação do HD, com ênfase em:*

2.1. *Nº de casos vivos de AIDS na região proposta para implantação do Serviço .*

2.2. *Número de casos novos de AIDS notificados por mês (no município e/ ou estado).*

2.3. *Estudos recentes de soroprevalência.*

2.4. *Citar os principais Serviços que prestam assistência aos portadores do HIV/AIDS no município/região.*

2.5. *Se há demanda reprimida.*

3. *Local de implantação do HD:*

3.1. *Caracterização do bairro/distrito sanitário onde se localizará o HD quanto ao tipo de população e facilidade de acesso.*

3.2. *Justificativa da escolha da localização pretendida.*

4. *Serviços de referência:*

4.1. *Quantos e quais são os Serviços com os quais o HD estabelecerá um mecanismo de referência e contra -referência para atendimento aos portadores do HIV/AIDS.*

5. *Instalação física do HD:*

5.1. *Esclarecer se o HD será instalado em uma unidade de saúde já existente (anexo a um hospital geral, ambulatório, SAE ou CTA); ou não. Quando vinculado a um hospital, informar o nº de leitos destinados à internação convencional dos portadores do HIV/AIDS, e o nº de profissionais (médicos e enfermeiros) deste Serviço disponibilizados para esta assistência.*

5.2. *Estrutura física do local de instalação do HD (nº de enfermarias, nº de leitos/poltronas previstos para as enfermarias, consultórios, sala para preparação e dispensação de medicamentos, sala de espera e etc.).*

5.3. *Informar se o HD apresenta sua estrutura física já adequada para funcionamento ou encontra-se em fase de reformas.*

6. *Gerência e funcionamento:*

6.1. *Quem será responsável pela coordenação/gerência do HD.*

6.2. *Quais e quantos serão os profissionais que comporão a equipe do HD. Relatar a carga horária de disponibilização para o HD dos componentes da equipe. Relatar o vínculo empregatício dos profissionais com o Serviço em que será implantado o HD. Relatar a experiência clínica dos profissionais (clínico geral, infectologista e pediatra). Relatar se estes profissionais já foram treinados para atendimento aos portadores do HIV/AIDS na modalidade de HD.*

6.3. *Qual a previsão de horário de funcionamento do HD(especificar número de pacientes/dia).*

6.5. *Quais os principais procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem realizados no HD.*

6.6. *Como e onde se fará a dispensação dos medicamentos destinados ao HD.*

6.7. *Qual o nº de profissionais disponibilizados para a assistência psico-social.*

6.8. *Qual a previsão de horário para a assistência psico-social.*





**Os projetos de implantação/implementação de DST/AIDS enquadram-se no Objeto de Financiamento “HIV/AIDS”**

le  
énci  
de l

LEN  
res, st

---

**úde  
istênciã  
al de I**

---

**MPLEM**  
ntares, se

---





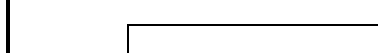




***PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA***

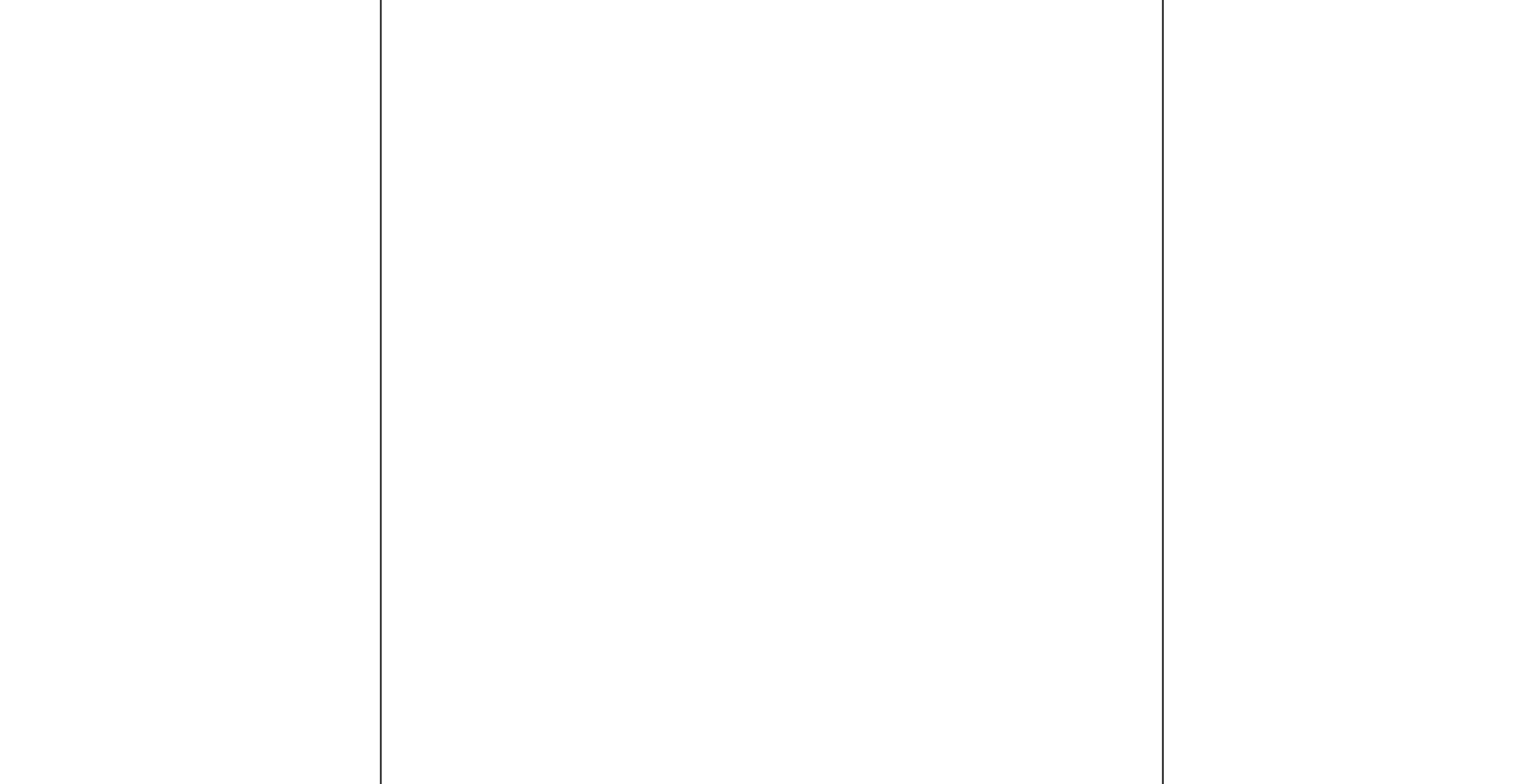
***INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO***

















**Índice**  
**Asistencia**  
**Al de D**

**IMPLEMENTACIÓN**  
**de las**  
**acciones,**  
**se**



---

saúde  
assistência  
nacional de D

---

MPLEM  
entares, se

---







Vertical line on the left side of the page.

UF

AUXILIAR DE LABORATÓRIO
AGENTE DE SAÚDE
OUTRO:
<b>TOTAL</b>

---

## **9-EQUIPAMENTOS E UNIDADE**

- NÃO É PRECISO PREENCHER SE A  
PROCESSADOS NA UNIDADE
- MARCAR A QUANTIDADE EXISTE  
EQUIPAMENTO

**TIPO DE EQUIPAMEN**  
(ORDEM ALFABÉTICA)





CO:  
EM

NEC  
NOM

---



**22-SOLICITANTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CRM



Responsável pelo preenchimento  
Nome:

Data:

## MEDICAMENTOS PARA DST

Assessor em DST - 1998

de casos notificados DF/1984

os estimados (coluna F) pode ser feito usando-se a população do estado, do município ou da área de abrangência da unidade de saúde m (coluna D) e dividido por 100.000 ou usando-se diretamente o número de casos esperados naquela área.

coluna G) é calculado multiplicando-se o número de unidades por tratamento (coluna C) pelo número de pacientes estimados (coluna F) o (coluna H) se faz multiplicando-se o custo unitário (coluna E) pelo total de unidades necessárias (coluna G) e somando-se as linhas cor Ofloxacina

ol, Isoconazol, Miconazol, Terconazol, Tioconazol

	DOENÇA / SINDROME	DOSE INDICADA	TEMPO DE TRATAM.	UNIDADES POR TRATAM.	INCIDÊNCIA/ 100.000 HAB (2)	CUSTO UNITÁRIO EM R\$ (3)	Nº DE PACIENTES ESTIMADOS (4)
MG	SÍNDR. CORRIMENTO URETRAL + CERVICITES (GONORRÉIA)	2	1	2	500	4.10	
	SÍNDR. CORRIMENTO URETRAL + CERVICITES (CLAMÍDIA)	2	1	2	200	4.10	
	SÍNDR. ÚLCERA GENITAL (SIFILIS PRIMÁRIA)	2	1	2	220	4.10	
	SÍNDR. ÚLCERA GENITAL (CANCRO MOLE)	2	1	2	30	4.10	
	<b>TOTAL AZITROMICINA</b>						
GO UI	SÍNDR. CORRIMENTO URETRAL + CERVICITES (GONORRÉIA)	1	1	1	500	1.10	
	SÍNDR. CORRIMENTO URETRAL + CERVICITES (CLAMÍDIA)	1	1	1	200	1.10	
	<b>TOTAL FLUOROQUINOLONA</b>						
	SÍNDR. ÚLCERA GENITAL (SIFILIS)	2	1	2	220	1.50	
	SÍNDR. ÚLCERA GENITAL (CANCRO MOLE)	2	1	2	30	1.50	
<b>TOTAL PENICILINA G BENZATINA</b>							
MG	SIFILIS (alérgicos a penicilina)	4	15	60	22	0.16	
	CANCRO MOLE (grávidas)	4	15	60	30	0.16	
<b>TOTAL ERITROMICINA</b>							
GO UI	SIFILIS CONGÊNITA	1	10	10	100	1.37	
	SÍNDR. CORRIM. VAGINAIS (TRICOMONIASE E V.B.)	2	7	14	1.100	0.0136	
SINAL (8)	SÍNDR. CORRIM. VAGINAIS (CANDIDÍASE)			1	1.100	7.89	
<b>TOTAL GERAL</b>							

14-ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> 1-NENHUMA 2-1ª A 4ª SÉRIE 3-5ª A 8ª SÉRIE 4-2º GRAU 5-SUPERIOR 9-IGN		15-OCUPAÇÃO
16-ORIGEM DO PACIENTE - ENCAMINHADO POR: <input type="checkbox"/> 1-DEMANDA ESPONTÂNEA 2-PARCEIRO (A) 3-FARMÁCIA 4-OUTRA UNIDADE DE SAÚDE 5 PACS/PSF 6-OUTRO 7-IGN		
17-PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA ATUAL: 1-SIM 2-NÃO 9-IGN		18-DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS: ___/___/___
<input type="checkbox"/> ULCERA GENITAL	<input type="checkbox"/> DOR PÉLVICA	<input type="checkbox"/> VESÍCULAS GENITAIS <input type="checkbox"/> OUTRA: _____
<input type="checkbox"/> CORRIMENTO URETRAL	<input type="checkbox"/> LINFADENOMEGALIA INGUINAL	<input type="checkbox"/> LESÕES EXTRA-GENITAIS <input type="checkbox"/> OUTRA: _____
<input type="checkbox"/> CORRIMENTO VAGINAL	<input type="checkbox"/> VERRUGA GENITAIS	<input type="checkbox"/> ASSINTOMÁTICAS <input type="checkbox"/> OUTRA: _____
<input type="checkbox"/> MUCOPUS CERVICAL	<input type="checkbox"/> LESÕES ACETO-BRANCAS	
19-USOU ALGUM MEDICAMENTO PARA O PROBLEMA ATUAL? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN		20-SE USOU, QUEM INDICOU? <input type="checkbox"/> 1-MÉDICO 2-BALCONISTA DE FARMÁCIA 3-OUTRA PESSOA 9-IGN

### DADOS COMPORTAMENTAIS

21-IDADE NA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	22-JÁ TEVE ALGUMA DST ANTES? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	23-SE JÁ TEVE ALGUMA DST, QUEM TRATOU? <input type="checkbox"/> 1-MÉDICO 2-BALCONISTA DE FARMÁCIA 3-OUTRA PESSOA 9-IGN
24-SE JÁ TEVE ALGUMA DST, COMO ERA? 1-SIM 2-NÃO 3-IGN		
<input type="checkbox"/> ÚLCERA (OU FERIDA) GENITAL	<input type="checkbox"/> CORRIMENTO VAGINAL	<input type="checkbox"/> VESÍCULAS GENITAIS <input type="checkbox"/> LINFADENOMEGALIA (INGUA)
<input type="checkbox"/> CORRIMENTO URETRAL	<input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITAIS	<input type="checkbox"/> DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
25-USA, OU SE MULHER, PARCEIROS USAM PRESERVATIVO MASCULINO. <input type="checkbox"/> 1-SEMPRE 2-AS VEZES 3-NUNCA 9-IGN		26-USA, OU SE HOMEM, PARCEIRAS USAM PRESERVATIVO FEMININO: <input type="checkbox"/> 1-SEMPRE 2-AS VEZES 3-NUNCA 9-IGN
27-TEM RELAÇÕES SEXUAIS: <input type="checkbox"/> 1-SÓ COM HOMENS 2-SÓ COM MULHERES 3-COM AMBOS 4-NUNCA TEVE REALÇÕES SEXUAIS 9-IGN		
28-TEM PARCEIR (A) FIXO (A)? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	29-TEVE NOVO (A) PARCEIRO (A) NOS ÚLTIMOS 3 MESES? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	30-QUANTOS PARCEIROS (AS) DIFERENTES TEVE NOS ULTIMOS 3 MESES? <input type="checkbox"/> 1-NENHUM 2-UM 3-DOIS A QUATRO 4-CINCO A DEZ 5-MAIS DE DEZ 9-IGN
31-SE É MULHER, PARIU NOS ÚLTIMOS 40 DIAS? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	32-SE É MULHER, SOFREU ABORTAMENTO NOS ÚLTIMOS 40 DIAS? <input type="checkbox"/> 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	

### DADOS DE LABORATÓRIO

33-EXAME DIRETO: 1-SIM 2-NÃO 9-IGN	
<input type="checkbox"/> A FRESCO	<input type="checkbox"/> CAMPO ESCURO
<input type="checkbox"/> CORADO	<input type="checkbox"/> IMUNOFLUORESCÊNCIA
<input type="checkbox"/> CITOLÓGICO	<input type="checkbox"/> TESTE DE AMINA
<input type="checkbox"/> TESTE DO Ph	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
34-ACHADOS DOS EXAMES DIRETOS: 1-SIM 2-NÃO 8-NÃO REALIZADOS 9-IGN	
<input type="checkbox"/> DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRA-CELULARES	<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>
<input type="checkbox"/> MAIS DE 5 PIÓCITOS POR CAMPO	<input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i>
<input type="checkbox"/> BACIOS GRAM NEGATIVOS (SUGESTIVOS DE <i>Haemophilus ducreyi</i> )	<input type="checkbox"/> "CLUE CELLS"
<input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i>	<input type="checkbox"/> LEVEDURAS
<input type="checkbox"/> CÉLULAS GIGANTES (TZANCK)	<input type="checkbox"/> CORPÚSCULOS DE DONOVAN
<input type="checkbox"/> pH = _____	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
35- CULTURA 1-POSITIVA 2-NEGATIVA 8-NÃO REALIZADO 9-IGN	
<input type="checkbox"/> GONOCOCO	<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus ducreyi</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> OUTRO:(ESPECIFICAR): _____
36-SOROLOGIA: 1-REAGENTES 2-NÃO REAGENTES 3-INDETERMINADO 8-NÃO REALIZADO 9-IGNORADO	
<input type="checkbox"/> VDRL:TÍTULO _____	<input type="checkbox"/> TPHA/MHATp
<input type="checkbox"/> RPR	<input type="checkbox"/> HTLV
<input type="checkbox"/> FTA-Abs	<input type="checkbox"/> ELISA CLAMÍDIA
<input type="checkbox"/> HERPES VÍRUS HUMANO TIPO 1	<input type="checkbox"/> OUTRA: _____
<input type="checkbox"/> HERPES VÍRUS HUMANO TIPO 2	<input type="checkbox"/> OUTRA: _____







**a Log**

**DE  
AÚDE -**

ACICLOVIR comp. 200mg ou 400mg

ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (ATA) 80 a 90 %

AMOXICILINA cap/comp. 250mg ou 500mg

AMPICILINA cap/comp. 500mg

AZITROMICINA comp. 500mg ou 1g

CEFIXIMA cap. 400mg

CEFOXITINA fr.amp. 1g ou 2g

CEFTRIAXONA fr.amp. 250mg

CETOCONAZOL comp. 200mg

CIPROFLOXACINA comp. 250mg ou 500mg

CLINDAMICINA creme vaginal a 2%

**CLINDAMICINA cap.150mg ou 300mg**

CLOTRIMAZOL creme vaginal a 1% ou óvulos 100mg ou 500mg

DOXICICLINA drag/comp. 100mg

ERITROMICINA colírio 0,5%

ERITROMICINA (estearato) drag/comp/cap.250mg ou 500mg

ESPECTINOMICINA fr.amp. 2g

FANCICLOVIR comp. 125mg ou 250mg

FLUCONAZOL cap.150mg

ISOCONAZOL creme vaginal a 1%

ITRACONAZOL cap.100mg

**METRONIDAZOL comp. 250mg ou 500mg**

METRONIDAZOL geléia vaginal

MICONAZOL creme vaginal a 2% ou óvulos 100mg ou 200mg

NISTATINA creme vaginal a 25.000UI/g

TIANFENICOL env. 2,5g

TINIDAZOL comp/drag. 500mg

TIOCONAZOL pomada vaginal 6,5% ou óvulos 300mg

VALACICLOVIR comp. 500mg

#### MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE DST

Os medicamentos indicados para as DST mais incidentes e prevalentes no Brasil são, sempre que possível, previstos para tratamento em dose única, o que elimina o problema da adesão dos portadores, permitindo que, juntamente com outras ações de saúde pública, seja controlado o principal fator de facilitação da transmissão do HIV, ou seja, a presença de uma DST. Os tratamentos também são previstos para cobrir as principais possibilidades dentro de cada síndrome diagnosticada. Assim:

- para o tratamento das uretrites e cervicites, sejam elas gonocócicas ou não, estão indicadas a Azitromicina 1g, VO, em dose única, que tem excelente ação contra a Chlamydia trachomatis mais uma Fluoroquinolona (Ciprofloxacina 500 mg ou Ofloxacina 400 mg) também em dose única, que age contra Neisseria gonorrhoeae.

- para as ulcerações genitais, a Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI ainda é a droga de eleição para o tratamento da sífilis primária; a Azitromicina 1g, VO, em dose única, para o Cancro Mole e o Linfogranuloma Venéreo; a Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas) para a Donovanose. No caso do primeiro episódio do Herpes Genital o Valaciclovir 1 g, VO, de 12/12 horas, por 7 a 10 dias e nas recorrências, 500 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias.

- para o tratamento da Vaginose Bacteriana o Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias. Para a Tricomoniase também o Metronidazol porém 2 g, VO, dose única. Para a Candidíase está indicado o Miconazol, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias

#### TRATAMENTO DA URETRITE GONOCÓCICA

- Ofloxacina 400 mg VO dose única (contra-indicado para menores de 18 anos);
- Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contra-indicado para menores de 18 anos);
- Cefixime 400mg, VO, dose única;
- Tianfenicol 2,5g VO dose única

#### TRATAMENTO DA URETRITE NÃO GONOCÓCICA

· **Tinidazol 2g, VO, dose única; ou**

· Secnidazol 2g, VO, dose única; ou

· Tianfenicol 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; ou

· Clindamicina 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou

· Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado para gestantes)

#### TRATAMENTO DA CANDIDÍASE

Miconazol, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; ou

Miconazol, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

· Tioconazol creme 6,5%, ou óvulo de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou

· Isoconazol (Nitrato), creme 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

Terconazol creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; ou

**Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou**

Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; ou

Clotrimazol, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; ou

Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

#### TRATAMENTO DA TRICOMONÍASE

· Metronidazol 2 g, VO, dose única, ou

· **Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou**

· Secnidazol 2 g, VO, dose única; ou

· Metronidazol 500 mg, V.O., de 12/12 horas, por 7 dias.

#### TRATAMENTO DAS CERVICITES MUCOPURULENTAS

Para infecção por clamídia:

· Azitromicina 1g, VO, dose única

· **Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias (contra-indicado em gestantes e lactentes)**

Gestantes: Amoxicilina 500mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

- Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., intramuscular, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7.2 milhões U.I.

#### TRATAMENTO DO CANCRO MOLE

- Azitromicina 1g VO em dose única; ou
- Tianfenicol 5 g, dose única; ou
- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes, lactantes) ; ou
- Ciprofloxacina 500mg, VO, 12/12 horas por 3 dias (contra-indicado para gestantes, lactentes e menores de 18 anos); ou
- Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160mg, VO, de 12/12 horas por 10 dias ou até a cura clínica

#### TRATAMENTO DO HERPES GENITAL

Primeiro episódio:

- Valaciclovir 1g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias
- Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias
- Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.

Recorrências:

- Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias
- **Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias**
- Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 5 dias.

#### TRATAMENTO DO LINFOGRANULOMA VENÉREO

- Azitromicina 1 g, VO, dose única; ou
- Doxiciclina 100 mg, V.O., de 12/12 horas, por no mínimo 14 dias; ou
- Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160 mg, V.O., de 12/12 horas, por no mínimo 14 dias;
- Tianfenicol 0,5 g , V.O., de 8/8 horas, por 14 dias.







**SUS-MS-DST-AIDS**

**SIS**

**F|**

**DADOS GERAIS**

1 - NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO

4 - CÓDIGO MUNICÍPIO

5 - NOME MUNIC

6 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE

7 - NOME UNIDA







Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids ou evidência  
laboratorial de imunodeficiência (CD4<350 células por mm3)

2 - Rio de Janeiro/Caracas

Evidência laboratorial de infecção pelo HIV

+

Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais,  
sintomas ou doenças

3 - Critério Excepcional CDC

Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo HIV

+

Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência

4 - Critério Excepcional Óbito

Menção de aids em algum campo da Declaração de Óbito

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

- dois **testes de triagem** reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + um **teste confirmatório** reagente; **ou**
- um **teste confirmatório** reagente.

Em pessoas com 13 anos ou mais, que **preenchem** algum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária:

- dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); **ou** um **teste confirmatório** reagente.

Observação:

São **testes de triagem**: ELISA (várias gerações, com diversos antígenos), *EIA*, *MEIA*, quimioluminiscência, teste rápido e teste simples.

São **testes confirmatórios**: imunofluorescência, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo, o PCR.

A. Pelo menos 2 sinais maiores ou 1 sinal maior associado com 2 sinais menores, segundo o critério de classificação de sinais indicativos de aids\* na criança estabelecido pelo Ministério da Saúde;

e/ou

B. pelo menos 01 doença indicativa de aids\* (critério CDC modificado).

\* No contexto de vigilância epidemiológica de caso de aids, evidência laboratorial existe quando uma amostra de soro é repetidamente positiva em um teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV (por exemplo, ELISA) e/ou representa um teste positivo para antígeno e/ou cultura positiva.

A Classificação de Sinais Indicativos de aids na criança, assim como o modelo da ficha de Notificação de Caso, estão no final deste Capítulo.

#### CLASSIFICAÇÃO DE SINAIS INDICATIVOS DE AIDS NA CRIANÇA

##### SINAIS MAIORES

Candidíase oral resistente ao tratamento habitual

Aumento crônico da parótida

Doença diarreica crônica ou recorrente

Herpes Zoster

Tuberculose

##### SINAIS MENORES

Otite/sinusite crônica ou de repetição

Hepatomegalia e/ou esplenomegalia

Miocardiopatia

Dermatite crônica

ouvido tratamento materno inadequado; qualquer tratamento realizado nos últimos 30 (trinta) dias antes do parto; tratamento não penicilínico; tratamento penicilínico incompleto em relação à dose e/ou tempo; não diminuição dos títulos sorológicos após tratamento; e parceiro não tratado ou tratado inadequadamente, que tenha mantido contato sexual com a gestante após o tratamento desta;

- toda criança com VDRL reagente associado a situações específicas (sinais físicos, ou alterações radiológicas ou líquóricas, ou FTA-abs/IgM reagente, ou evidência de elevação nos títulos de VDRL);
- toda criança com VDRL reagente após o sexto mês de idade, exceto em situações de seguimento pós-terapêutico, e no caso de sífilis adquirida (abuso sexual);
- natimorto por sífilis definido como todo caso de morte fetal após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada.
- aborto por sífilis, definido como todo caso de morte e expulsão fetal espontânea antes de 22 semanas de gestação ou com peso menor que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada.

#### B. Caso Confirmado

- toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* por meio de técnicas de microscopia - campo escuro, imunofluorescência ou outra coloração específica.

























Prezados(as) Senhores(as),

Reconhecendo algumas dificuldades que estão ocorrendo com a execução financeira, relativas a compras / serviços pelas instituições executoras dos subprojetos, esta Coordenação, em 07/07/99, através do Ofício 4335/99 GAB(GEAFI), no afã de flexibilizar a utilização de recursos com despesas até US\$ 1,000.00, reivindicou ao Banco que "tais despesas, que se referem à aquisição de bens/serviços de valores irrelevantes, sejam realizadas através de consultas telefônicas a, no mínimo, 3 empresas do ramo, identificando-se a firma consultada e o preço respectivo num expediente ao Ordenador de Despesa, conforme o Anexo 1".

Em 15/07/99 foi recebido o fax de n.º 239/99, do BIRD, em resposta ao expediente acima, que diz: "(a) Expenses up to US\$ 1,000.00 (Despesas até US\$ 1,000.00): With this regard, the Bank recommends that paragraph 3.5 of the Guidelines for Procurement of Goods be applied".

Para haver um adequado entendimento da informação acima, transcrevemos o parágrafo citado (3.5) das Guidelines mencionadas:

"Comparação de Preços (Internacional e Nacional)

3.5 A Comparação de Preços é o método de aquisições baseado na comparação de cotações de preços obtidas de diversos Fornecedores, em geral pelo menos três, objetivando assegurar preços competitivos, sendo o método apropriado para a aquisição de bens imediatamente disponíveis em mostruário ou de produtos de especificação padronizada e de pequeno valor. Os pedidos de cotação de preços indicarão a descrição e a quantidade de bens, bem como a data e lugar previstos para entrega (o grifo é nosso). As cotações podem ser submetidas por telex ou fax. A avaliação das cotações observará as práticas consolidadas no setor público ou privado. Os termos da proposta aceita serão incorporados à ordem de compra."

Desta forma, contamos com a entendimento de VV. SS. no sentido de adequarem os seus procedimentos às determinações do BIRD, visto que esta Coordenação não tem condições de aceitar despesas realizadas de forma diferente da estabelecida pelo Banco.

Agradecendo o entendimento e a cooperação, aproveitamos o ensejo para apresentar nossas

***Agência Brasileira de Cooperação***

***ORIENTAÇÃO BÁSICA PARA A APRESENTAÇÃO DE  
PROJETOS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE PAÍSES EM  
DESENVOLVIMENTO - CTPD***

Entre as diretrizes do Governo brasileiro que norteiam as ações na área de cooperação técnica podem ser destacadas:

- Enfatizar projetos vinculados a programas e prioridades nacionais de desenvolvimento.
- Priorizar projetos que possibilitem a criação de efeitos multiplicadores e que apresentem condições de sustentabilidade após o seu término.
- Priorizar projetos que garantam maior alcance dos resultados, evitando-se a pulverização e a dispersão de esforços.
- Dar preferência a projetos em que esteja claramente definida a contrapartida de recursos mobilizados pelo país parceiro.

Um projeto de cooperação técnica é caracterizado como o trabalho em comum entre instituições, constituído de um conjunto de atividades que visam a transferência, a absorção e/ou o desenvolvimento de conhecimentos específicos. Neste sentido, os projetos de CTI prevêm a implementação de atividades destinadas a garantir esse fluxo de conhecimentos, ou a geração de conhecimentos, basicamente por meio da:

- utilização de consultoria especializada;
- formação e treinamento de recursos humanos;
- realização de pesquisas e estudos;
- complementação da infra-estrutura da instituição executora, necessária à realização dos trabalhos previstos, abrangendo, por exemplo, a aquisição ou aluguel de equipamentos e a aquisição de material bibliográfico.

Esses mecanismos operacionais não estão presentes, necessariamente, em todos os projetos de cooperação técnica. A inclusão de cada um deles dependerá da sua necessidade efetiva para o alcance dos objetivos almejados.

O documento de projeto, que constitui o principal instrumento para a avaliação da possibilidade da implementação dos trabalhos previstos pelas instituições dos países parceiros, deve conter informações sobre:

- a) a Instituição solicitante;

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE
2. DADOS SOBRE O RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
3. DADOS DA INSTITUIÇÃO COOPERANTE

## II. O PROJETO

1. TÍTULO DO PROJETO
2. DESCRIÇÃO DO SUBSETOR
3. OBJETIVO(S) DO PROJETO
4. RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS PELO PROJETO
5. JUSTIFICATIVA
6. PLANO DE TRABALHO

## III. A COOPERAÇÃO TÉCNICA

1. A COOPERAÇÃO TÉCNICA SOLICITADA
2. A CONTRAPARTIDA OFERECIDA PELA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE
3. QUADRO DEMONSTRATIVO DO ORÇAMENTO DO PROJETO



MÊS RESULTAD OS/ ATIVIDADE S	JAN	FEV	M.
R1 -			
1.1			
1.2 -			
1.3 -			



---

• Trabalho(s) a ser (em) desenvolvido(s) pelo (s) consultor(es):

---

• Duração estimada do(s) trabalho(s) do consultor(es):

---

• Requisitos exigidos do consultor:

- Qualificação técnica:

- Idiomas:

---

• Custo(s) estimado(s) da(s) consultoria(s), em US\$:

- horas técnicas

- passagens

- diárias

---

• Fonte de Financiamento

b) No caso de Treinamento(s) indicar:

---

• Tipo de Treinamento (curso, estágio, seminário e visita técnica)

---

• Local (país e cidade)

---

• Número de profissionais a serem treinados:

---

• Duração estimada:

---

• Descrição do treinamento desejado:

---

• Entidade selecionada (se houver, indicar contacto prévio, nome, telefone e fax.):

---

• Custo(s) estimado(s) do(s) treinamento(s), em US\$:

- passagens

- diárias

- taxas

cionais e o valor correspondente em US\$).

**c) Diárias (indicar o número total de diárias previstas e o seu valor em US\$).**

**d) Outros (especificar outros gastos a serem cobertos pela contrapartida do país solicitante, indicando sua natureza - obras, material de consumo, contratação de s e r v i - ços de terceiros, etc. - e os gastos previstos em US\$).**

**e) Vinculação com outros projetos (indicar o título, instituição executora, orçamento total e fontes de financiamento de outros projetos nacionais ou regionais, de c o o p e - ração ou não, na área em questão, que estejam sendo executados ou já foram concluídos no país solicitante).**



Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Graduação (indicar curso, instituição e ano de conclusão): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pós-graduação e especialização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Experiência profissional (indicar sinteticamente a natureza dos trabalhos realizados nos últimos 5 anos) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Idiomas: \_\_\_\_\_

## **2. INSTITUIÇÃO NA QUAL TRABALHA**

Nome:

coeficientes de infecção e para a possibilidade de criar condições para que os indivíduos possam exercitar sua sexualidade de maneira mais segura e prazerosa.

A imprensa brasileira vem cumprindo bem esse importante papel social e, graças à sua intervenção, foi possível reverter quadros gravíssimos de infecção pelo HIV em diversas comunidades e segmentos sociais.

Sentimos, no entanto, a necessidade de tornar claros alguns termos ou conceitos cujos significados ainda são pouco conhecidos para assim contribuir com esse esforço de bem informar. Esta publicação pretende fechar essa lacuna. Sem a pretensão de ensinar os profissionais de comunicação como abordar a questão da aids, esta iniciativa do Ministério da Saúde procura prestar esclarecimentos técnicos sobre esse grave problema sanitário, dever ao qual não pode fugir.

Esperamos que este material, inicialmente elaborado por Paulo Longo, então membro da Comissão Nacional de aids, possa ser útil àqueles que fazem da informação a matéria prima de seu trabalho, e que através de conceitos adequados os profissionais de comunicação possam seguir contribuindo junto com o Governo, com as Organizações Não Governamentais, com a iniciativa privada, na luta e parceria séria e solidária a qual todos somos chamados para diminuir o preconceito e tornar a vida dos portadores cada vez mais saudável.

quentes ao parto. A abstinência permanente (castidade ou celibato) geralmente é praticada por motivos religiosos, por exemplo, é exigida dos padres e freiras católicos. A abstinência periódica também é praticada com fins contraceptivos. No caso, o casal se abstém de manter relações sexuais durante os períodos férteis do ciclo menstrual.

**Ácido nucléico** – Material genético presente em células e microorganismos responsável pela memória de estruturas, funções e através do qual essas características são transmitidas para outras gerações. No caso dos vírus, pode ser DNA (ácido desoxirribonucleico) ou RNA (ácido ribonucleico).

**Aconselhamento** – Processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.

**AIDS** - Sigla original da expressão em inglês Acquired Immuno Deficiency Syndrome que identifica um processo viral que ataca o sistema imunológico humano e destrói as células que defendem o organismo contra infecções. Quando isso ocorre, a pessoa fica vulnerável a uma grande variedade de doenças graves como pneumonia, tuberculose, meningite, o sarcoma de Kaposi e outros tipos de câncer. São estas infecções oportunistas que podem levar o doente de aids à morte. O vírus que causa a aids, o HIV (Human Immuno Deficiency Virus), já foi isolado em diferentes concentrações de materiais ou líquidos orgânicos: no sangue, esperma, secreções vaginais, saliva, urina e leite materno. Porém, ainda não se comprovou qualquer caso de infecção por meio de saliva ou urina. Comprovadamente, pode se dar por meio de transfusões sanguíneas, pelo uso compartilhado de seringas e/ou agulhas e nas relações sexuais. A mãe portadora ou doente de aids também pode transmitir o vírus a seu filho durante a gravidez, no parto ou pelo aleitamento materno. Alguns medicamentos vêm sendo usados com relativo sucesso no combate à aids. A cura da doença, no entanto, ainda não foi descoberta e uma vacina que a previna também é uma possibilidade distante. No Brasil, os primeiros casos de aids foram notificados em 1980, tendo sido registrados cerca de 170.000 casos até agosto de 1999. Em francês, português e espanhol, a sigla correspondente é SIDA. No Brasil, o mais comum é o termo aids. Ver também HIV, Retrovírus, Sarcoma de Kaposi, Sexo Seguro e Transmissão Vertical.

**Anti-retroviral** - Denominação genérica para os medicamentos atualmente utilizados no tratamento da infecção pelo HIV, que é um retrovírus.

**ARC** – Sigla originada da expressão em Inglês Aids-Related-Complex (complexo relacionado à aids). Esta expressão foi muito utilizada na década de 80 para caracterizar os estágios clínicos intermediários da infecção pelo HIV e denominava o conjunto de sinais, sintomas e alterações laboratoriais frequentemente presentes em pacientes portadores de imunodeficiência induzida pelo HIV, mas que ainda não apresentavam diagnóstico para as doenças oportunistas mais graves, tipicamente indicativas de aids.

**Assintomático** - Diz-se do indivíduo infectado pelo HIV, mas que não apresenta sintomas de aids. No caso, a pessoa é considerada um portador assintomático do HIV.

**AZT** - Sigla derivada de azidotimidina. Também conhecida como zidovudina, é uma droga anti-retroviral do grupo dos inibidores da transcriptase reversa, utilizada no tratamento da infecção pelo HIV. Foi o primeiro medicamento a ser utilizado no tratamento de pacientes com aids.

## **B**

**Blenorragia** - Doença sexualmente transmissível (DST) causada pela *Neisseria gonorrhoeae*. O mesmo que gonorréia.

## **C**

**Camisa-de-Vênus** – Também chamada de camisinha ou preservativo masculino, a camisa-de-vênus é um revestimento fino de borracha que deve ser colocado no pênis ereto, antes da penetração, evitando que o esperma entre em contato com o corpo da (o) parceira (o). É o meio mais efetivo de prevenção das DST e da infecção pelo vírus da aids, sexualmente transmitida. É também um bom método de prevenção da gravidez.

**Carga Viral** – Teste de quantificação da carga viral: é uma metodologia que permite a determinação da quantidade de HIV circulante no organismo de uma pessoa infectada. É calculado em número de cópias do HIV por ml de plasma.

**CD4** – É um receptor presente nos linfócitos T-auxiliares onde o HIV se liga para iniciar a infecção da célula.

**Célula T4** - Linfócito auxiliar, também chamado de célula T-auxiliar. Apresenta uma grande quantidade de receptores CD4 em sua membrana celular, pelos quais o HIV se liga à célula e permitindo a inoculação de seu material genético.

**Célula T8** – Tipo de linfócito também chamado de T-supressor, que apresenta funções de citotoxicidade e controle da resposta imunológica.

**Cepa** - Grupo de microorganismos de uma mesma espécie com as mesmas características.

**Chlamydia** – Agente infeccioso causador do linfogranuloma venéreo e uretrite não-gonogócica. Este microorganismo também pode causar outras doenças graves, como a salpingite, o tracoma, conjuntivite do recém-nascido, proctite e esterilidade permanente.

**Citomegalovirus (CMV)** – Vírus pertencente ao grupo dos herpesvirus, que pode acometer vários órgãos. A infecção pelo CMV ocorre, muitas vezes, pela via sexual. Nas pessoas sem transtornos imunitários, geralmente é assintomática, mas pode provocar aumento de volume do fígado e/ou do baço, erupções, irritação na garganta, dores e mal-estar generalizado de evolução auto-limitada. Quando a infecção se dá ainda no útero materno, as conseqüências podem ser graves, podendo fazer com que o bebê apresente retardamento mental, cegueira, surdez e/ou paralisia cerebral. Nos indivíduos imunocomprometidos, pode provocar doença grave, que pode levar a cegueira e mesmo a morte. Nos pacientes com aids são mais comuns o comprometimento da retina, do trato digestivo e do sistema nervoso central.

**Citoquina** – Substância química produzida por linfócitos relacionada ao sistema imunológico.

**Clonagem** – Técnica de produção de células idênticas a partir de uma única célula.



do parceiro. Se é a mulher que o pratica no homem, o ato é designado como felação. Se é o homem que beija e/ou chupa os órgãos genitais femininos (vulva, vagina, clitóris) chama-se cunilíngua. Embora seja uma prática sexual de menor risco, também se recomenda o uso do preservativo para prevenir as DST/aids.

**Comportamento Sexual** - É a forma pela qual os indivíduos exercem sua sexualidade. O comportamento sexual desenvolve-se a partir das experiências de relacionamento familiar, social e amoroso, as quais também sofrem influência de fatores educacionais, sócio-culturais, psicológicos e biológicos.

**Condiloma Acuminado** - Uma DST causada pelo Papilomavirus humano (HPV). Causa aparecimento de verrugas e/ou inchações rosadas e úmidas que formam, na pele dos órgãos genitais, superfície semelhante à crista de galo. O condiloma acuminado pode aparecer juntamente com os sintomas da gonorréia. Pode aparecer também no ânus e no reto.

**Condom** - Termo alternativo para camisa-de-vênus, o mesmo que camisinha e preservativo.  
Contaminação – Processo através do qual pode transmitir bactérias, vírus ou fungos para materiais sólidos, líquidos ou gasosos. É próprio falar-se em sangue, solo, água ou agulha contaminada. Seres humanos são infectados e não contaminados.

**Coorte** – Grupo ou grupos de indivíduos definidos com base na presença ou ausência de um ou mais atributos e seguidos através de um período estabelecido de tempo. No Brasil, existem, no momento, quatro estudos de coortes de homens que fazem sexo com homens não-infectados pelo HIV visando a estimar a incidência de infecção pelo HIV, entre outros objetivos, durante três anos.

**Coquetel (ou Terapia Combinada)** – Termo popularmente empregado para o uso de dois ou três medicamentos antiretrovirais associados, e que se caracteriza pela tomada de um grande número de cápsulas ou comprimidos por dia. Em geral, a combinação é feita com dois inibidores de transcriptase reversa e um inibidor de protease. A indicação do número de medicamentos e a sua posologia sempre deve ser determinada pelo médico, segundo o estado clínico, carga viral e número de células CD4 do paciente.

**Crianças Vítimas da Aids** - A expressão designa as crianças infectadas pelo HIV ou não infectadas

**ddI** – Sigla derivada de dideoxiinosina. Também conhecida como didanosina, é uma droga antiretroviral do grupo dos inibidores da transcriptase reversa (semelhante ao AZT e DDC), utilizada no tratamento da infecção pelo HIV.

**d4T** - Também conhecida como Estavudina, é uma droga antiretroviral do grupo dos inibidores da transcriptase reversa (semelhante ao AZT, ddC e ddI), utilizada no tratamento da infecção pelo HIV.

**DNA** - Sigla para ácido desoxirribonucléico, que é o material genético das células, responsável pela memória das estruturas e funções de um célula e pela sua conservação nas futuras gerações. Durante a replicação, o ácido nucléico do HIV torna-se parte do DNA da célula hospedeira, onde se multiplica até reiniciar o ciclo de infecção de outra célula.

**Drogas Injetáveis** - São substâncias intravenosa ou intramuscular que podem ser diluídas e injetadas de maneira endovenosa subcutânea (como a cocaína e a heroína). O hábito de compartilhar seringas e agulhas entre os seus usuários aumenta o risco de contrair o HIV.

**DST** - Sigla que designa as doenças sexualmente transmissíveis, isto é, as doenças infecciosas causadas por microorganismos transmitidos por contato sexual. Entre as DST estão a sífilis, aids, gonorréia e clamidiose entre outros. As DST são popularmente conhecidas por doenças venéreas

## **E**

**Epidemia** - Doença infecciosa ou qualquer agravo à saúde que surge de forma súbita e se desenvolve rapidamente, atingindo ao mesmo tempo grande número de pessoas, em uma mesma localidade ou região.

**Epidemiologia** - Estudo da forma pela qual uma doença se distribui e se propaga nos vários grupos populacionais. Os estudos epidemiológicos permitem identificar os fatores que facilitam ou dificultam a disseminação da doença, contribuindo para a prevenção e/ou controle.

**ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay)** – Abreviatura dos ensaios imuno-enzimáticos

produzir anticorpos, ou, em menor frequência, devido a um erro de laboratório.

***Falso-Positivo*** – Resultado positivo de um teste sorológico em amostra de uma pessoa que não está infectada pelo HIV ou outro agente.

-

***Feminização da Aids*** - Este termo aplica-se ao perfil da infecção pelo HIV onde se observa tendência do aumento do número de mulheres infectadas e ou doentes. No Brasil, as mulheres representam hoje 25% do total dos casos notificados. Esta tendência pode ser medida pela razão de sexo, que nos últimos anos tem sido 3:1, isto é, 3 casos masculinos para 1 feminino.

## **G**

***Gay*** - Termo empregado como sinônimo de homem que faz sexo com homem ou de homossexual masculino.

***Gônadas*** - São os órgãos produtores dos gametas e dos hormônios sexuais. As gônadas femininas são os ovários; e as masculinas, os testículos. A presença de um ou de outro tipo de gônadas é um dos indicadores do sexo (masculino ou feminino) dos indivíduos.

***Gonococo*** - Bactéria cujo nome científico é *Neisseria gonorrhoeae*, causadora da gonorréia. Essa bactéria também pode causar outras doenças, como a conjuntivite gonocócica, salpingite, proctite, etc.

***Gonorréia*** – Doença infecto-contagiosa de transmissão predominantemente sexual, causada pela *Neisseria gonorrhoeae* ou gonococo, que se caracteriza por provocar processos inflamatórios na uretra (uretrite), colo uterino (cervicite) e canal anal (proctite). Essa DST é encontrada no mundo inteiro e, talvez, seja a mais antiga das doenças sexualmente transmissíveis conhecidas. O tratamento da gonorréia, geralmente, é simples e eficaz. Contudo, se a doença não for tratada de forma adequada, as conseqüências podem ser muito graves, como esterilidade, doença inflamatória pélvica nas mulheres e abortamento em gestantes. Como acontece com as demais DST, a gonorréia também facilita muito a aquisição e transmissão da infecção pelo HIV.

periodicamente a transfusão de FATOR VIII, obtido pela concentração deste fator a partir de vários doadores, o que normaliza a coagulação sanguínea. Por isso, no início da epidemia de aids – quando o controle do sangue e hemoderivados não era tão rigoroso quanto é hoje –, muitos portadores de hemofilia foram infectados pelo HIV.

**Hepatite B** – Doença de natureza viral transmitida através de transfusão de sangue contaminado, pelo uso de agulhas ou seringas contaminadas e, também, pelo contato sexual. Em alguns pacientes pode se tornar crônica e levar ao aparecimento de cirrose ou câncer de fígado após alguns anos. É prevenível por vacinação.

**Herpes Genital** – Doença causada pelo vírus herpes simplex 2. Sua principal característica é a de produzir pequenas lesões ulceradas, na região genital e pode ser uma infecção recorrente (ver herpes simplex 2).

**Herpes Simplex 1** – Variedade do vírus Herpes simples que se caracteriza pelo reaparecimento periódico de pequenas ulcerações geralmente próximas da região dos lábios, que duram alguns dias e desaparecem espontaneamente. Apesar de geralmente não trazer conseqüências graves, ainda é uma doença incurável: pode-se, apenas, controlar e tratar os seus sintomas.

**Herpes Simplex 2** – Variedade do vírus herpes simples que provoca a formação de pequenas lesões ou vesículas dolorosas na região genital ou no reto. As vesículas desaparecem após duas ou três semanas, mas o vírus permanece ativo no organismo. Assim, periodicamente, as vesículas reaparecem.

**Herpes-Zoster** – Doença causada pelo mesmo agente causador da varicela, que se caracteriza pelo aparecimento de vesículas na pele, acompanhando o trajeto de um nervo, freqüentemente provocando muitas dores. Esta doença aparece principalmente, em pacientes com alguma baixa da imunidade. É uma infecção oportunista comum nas pessoas com aids.

**HIV** - (Do inglês Human Immuno Deficiency Virus) Esta sigla identifica a expressão Vírus da Imunodeficiência Humana, o vírus causador da aids.

## I

**Infecção** – Penetração, desenvolvimento e multiplicação de microorganismos no corpo humano

**Incidência** – O número de casos novos de um determinado agravo à saúde, diagnosticado em determinado período de tempo, população e em área geográfica definida.

**Incidência acumulada** – É a soma dos casos novos diagnosticados, ou seja, número total de casos de aids até determinado período ou o número total dividido pela população da metade do período. Neste caso, expressa em taxas, geralmente por 100.000 habitantes.

**In Vitro** – Qualquer experimento realizado fora de um ser vivo.

**In Vivo** – Experimento em seres vivos.

**Inibidor da Transcriptase Reversa** – Droga capaz de inibir a transcriptase reversa, enzima responsável pela conversão do RNA do HIV em DNA. Sem isso, o vírus não consegue se replicar.

**Inibidor de Protease** – Droga capaz de inibir a ação da enzima protease viral específica, essencial para a formação da partícula infecciosa do HIV. Se a partícula viral não estiver corretamente formada, o HIV não conseguirá infectar novas células.

**Interiorização da Aids** – Tendência de ocorrência de casos em municípios de médio e pequeno porte.

## **J**

**Janela Imunológica** – Período entre a infecção e o início da formação de anticorpos específicos contra o agente causador. Geralmente, este período dura algumas semanas, e o paciente, apesar de ter o agente infeccioso presente em seu organismo, apresenta os testes para detecção de anticorpos contra o agente, negativos.

## **L**

**Letalidade** – Número de óbitos de determinado agravo à saúde dividido pelo número de casos do agravo em questão, geralmente multiplicado por 100 (%).

**Menstruação** – Eliminação do sangue e tecidos do revestimento uterino, formado como preparação para a eventual implantação de um óvulo fecundado. Assim, as relações sexuais mantidas durante o período menstrual podem oferecer maiores riscos de infecção pelo HIV.

**Mitos Sexuais** - Concepções errôneas e falaciosas sobre a sexualidade, criadas a partir de rumores, superstições ou falhas na educação sexual. São exemplos as crenças de que o álcool é um estimulante sexual; de que os homens sentem mais desejo sexual do que as mulheres; de que a masturbação causa distúrbios sexuais, físicos e/ou psicológicos.

**Monoterapia** – É o tratamento dos doentes de aids por meio de um único anti-retroviral. Hoje, essa prática é desaconselhada, preferindo-se a terapia combinada (coquetel).

**Mortalidade** – Número de óbitos causado por determinado agravo, dividido pela população num determinado período de tempo e área geográfica.

**Muco Cervical** – Secreção produzida pelas glândulas do canal do colo do útero. Sua composição, volume e características variam em função de cada fase do ciclo menstrual.

## **N**

**Normas Sexuais** – São os padrões de atitudes e comportamentos sexuais socialmente aceitos. Não há padrões universais. Assim, essas normas variam muito de uma sociedade para outra e ainda de época para época. Por exemplo: numa sociedade, o sexo pode ser considerado um direito do homem e um dever da esposa; em outra, pode não ser obrigação de nenhum dos dois, constituindo-se em direito de ambos. De igual modo, o sexo lúdico (incluindo sexo grupal e troca de parceiros) pode ser aceito em certos grupos, enquanto, em outros, qualquer variação do comportamento tradicional (sexo oral ou anal, por exemplo) pode ser considerado um tabu.

**Normas de Biossegurança** - Conjunto de cuidados e condutas técnicas que visam evitar ou reduzir a exposição ou transmissão de agentes potencialmente infecciosos durante os procedimentos médicos ou contato com pacientes (Ver Normas Universais)

**Patógeno** – Agente infeccioso que pode causar uma determinada doença

**Pauperização da Aids** – Diz-se do processo de evolução epidemiológica da infecção pelo HIV, caracterizado por crescente incidência da epidemia junto às camadas de baixa renda e com baixos níveis de instrução.

**Período de Incubação** - Período de tempo entre o contato infeccioso e o aparecimento dos sintomas de uma determinada doença. No caso da aids, o período de incubação mediano é de 10-15 anos.

**Período de Latência** - O mesmo que **Período de Incubação**.

**Placebo** – Substância que não é um princípio ativo.

**Plasma** – Parte líquida do sangue de onde foi retirada as células vermelhas e brancas e interrompido o processo de coagulação.

**Plasmático** – Relativo ao plasma.

**População Carcerária** – conjunto de pessoas que vivem em instituições prisionais.

**Portador Assintomático** – Pessoa infectada pelo HIV e que não apresenta sintomas de aids, mas que pode transmitir o vírus.

**Portador Sintomático** – Pessoa infectada pelo HIV apresentando sintomas da aids.

**Pós-Teste** – É a sessão de aconselhamento na entrega do resultado do teste, onde o indivíduo recebe o adequado suporte emocional e é reforçada a percepção de risco, a adoção de práticas preventivas ao HIV e outras DST e a adesão ao tratamento no caso do indivíduo infectado pelo HIV.

**Pré-Teste** – É a sessão de aconselhamento onde a troca de informações sobre HIV/aids, situação de risco, medidas preventivas e o resultado de um teste para detectar infecção pelo HIV, ajudam o indivíduo na sua decisão de realizar o teste

**Profilaxia** – No que se refere as infecções, são medidas de natureza medicamentosa ou não, utilizadas para se prevenir uma infecção ou evitar o adoecimento de uma pessoa.

## Q

**Quimioterapia** – Tratamento de enfermidades por meio de substâncias químicas.

## R

**Relação Sexual** – O mesmo que coito. Pode ser genital, anal ou oral. Atualmente é a principal via de transmissão da aids. Por isso, recomenda-se o uso de preservativo nas relações sexuais, a fim de evitar eventuais riscos de exposição ao HIV e dos agentes das DST.

**Relacionamento Monogâmico** – Tipo de relacionamento em que duas pessoas limitam sua atividade sexual exclusivamente às relações sexuais mantidas uma com a outra.

**Retrovírus** – Tipo de vírus que para se reproduzir utiliza um processo conversão reversa de seu material genético, utilizando uma enzima específica (transcriptase reversa) e outras enzimas das células do indivíduo infectado. O HIV é um exemplo de retrovírus.

**Risco** – Situações em que as pessoas ficam mais expostas a contrair o vírus da aids.

**Ritonavir** - Um dos inibidores de protease utilizado no tratamento da infecção pelo HIV

**RNA** – Sigla que identifica o ácido ribonucleico. Localiza-se no núcleo das células e no citoplasma, tendo participação na síntese de DNA quando as células se multiplicam.

## S

**Sangue** – Líquido que transita pela corrente artérial, capilares e veias, constituído de plasma e



**Sensibilidade** – É a capacidade de um teste em identificar os indivíduos verdadeiramente positivos para uma determinada reação sorológica .

**Sensibilidade à Medicação** - Efeito colateral de um medicamento. Alergia.

**Sérico** – Relativo a soro.

**Sexo Anal** – O mesmo que coito anal. Prática sexual que consiste na introdução do pênis no ânus do (a) parceiro (a). É uma prática considerada como de alto risco quanto à exposição ao HIV.

**Sexo Oral** – Atividade sexual que consiste no contato da boca ou da língua com os órgãos genitais ou o ânus de outra pessoa, com fins de excitação e satisfação sexual.

**Sexo Seguro** – relação sexual em que ambos os parceiros estão protegidos. São consideradas estratégias de sexo seguro, a auto-masturbação, a masturbação mútua, o uso de preservativos, a monogamia, a fidelidade mútua de parceiros saudáveis, entre outras.

**SIDA** – Sigla, em francês, espanhol e português, correspondente a AIDS, em inglês. No Brasil, é mais comum o termo aids.

**Síndrome** – Conjunto de sinais ou sintomas.

**Sintomas** – Qualquer fenômeno ou mudança provocada no organismo por uma doença, e que, descritos pelo paciente, auxiliam, em grau maior ou menor, a estabelecer um diagnóstico.

**Sistema Imunológico** – Sistema orgânico responsável pela defesa contra agentes potencialmente nocivos. Compõe-se de diversas células e substâncias celulares (anticorpos e citocinas). A infecção pelo HIV pode levar à destruição progressiva do sistema imunológico, o que favorece o aparecimento de complicações oportunistas características da doença.

**Sífilis** – Doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que tem a espécie humana como único hospedeiro. A doença apresenta uma evolução crônica e geralmente se manifesta com o aparecimento de lesão ulcerada na região genital alguns dias após o contato sexual infeccioso (cancro duro) que pode desaparecer espontaneamente após algumas semanas. Se

## **T**

**Testagem Sorológica** – É a verificação, por meio de testes laboratoriais, da presença ou não de anticorpos anti-HIV no sangue de uma pessoa.

**Testes de Contagem de Linfócitos T CD4 positivo** – É uma metodologia que permite contar o número de linfócitos T com receptor CD4. Quanto mais avançado o estágio da infecção pelo HIV, menor é o número destas células, indicando a falência do sistema imunológico do paciente.

**Teste Rápido** - Testes sorológicos realizados em período inferior a 30 minutos e que dispensa a utilização de equipamento para a sua execução.

**Teste Simples** - Testes sorológicos que dispensam a utilização de equipamentos para a sua execução, mas é realizado em tempo superior a 30 minutos.

**Testes Sorológicos** – São utilizados para detectar a presença de anticorpos contra determinado antígeno. Por Ex.: o vírus HIV.

**Trabalhadores (as) do Sexo** - Homens e mulheres que prestam serviços sexuais em troca de dinheiro ou coisas valiosas.

**Transcriptase Reversa** – Enzima viral específica dos retrovírus, responsável pela conversão de seu RNA genômico em DNA. Esta enzima é fundamental no processo de replicação dos retrovírus e um dos principais alvos terapêuticos utilizados no tratamento da infecção pelo HIV.

**Transmissão Vertical** - Transmissão do HIV de mãe para filho. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou no período de aleitamento.

**UDI** - Usuários de Droga Injetável: homens e mulheres que fazem uso injetável de substâncias psicoativas. O compartilhamento de agulhas, seringas e equipamentos para diluição durante esta prática, contribui fortemente para o aumento nos índices de infecção pelo HIV. Assim é crescente a importância de ações que disponibilizem informações e equipamentos descartáveis para esse grupo específico.

**UNAIDS** - Um programa conjunto da ONU responsável pela coordenação do apoio prestado pelo Sistema das Nações Unidas aos programas de prevenção e assistência à aids, em todo o mundo. Com sede em Genebra, na Suíça, é integrada pelo Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), FNUAP, Banco Mundial, Agência das Nações Unidas Para a Ciência, Cultura e Educação (UNESCO) PNUD e OMS. Sua principal função é reforçar a capacidade dos diferentes países para dar uma resposta ampliada e consistente à questão da aids.

**Uretrite** – Inflamação da uretra, frequentemente acompanhada de corrimento, podendo ser causada por bactérias, fungos, vírus, produtos químicos ou traumatismos mecânicos.

**Usuários de Drogas Injetáveis** – O mesmo que UDI.

## V

**Vaginismo** – Espasmo doloroso da vagina, em geral de origem emocional. Esse distúrbio pode interferir na capacidade de manter relações sexuais e de obter prazer. Envolve intensa contração dos músculos vaginais, que pode ocorrer até num simples exame ginecológico.

**Vaginite** – Processo inflamatório do revestimento interno da vagina, podendo ser causado por agentes infecciosos (fungos, vírus ou bactérias) ou químicos.

**Vírus** – Agentes microscópicos que podem causar doenças infecciosas. Os vírus só se reproduz em

**Raldo Bonifácio - Rede de Direitos Humanos e Saúde Mental/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**José Fernando Assoni - Unidade de Treinamento/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Marco Antonio de Ávila Vitória - Unidade de Assistência/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**José Antonio Pinto de Sá Ferreira - Unidade de Laboratório/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Rosemeire Munhoz - Unidade de Prevenção/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Ivo Brito - Unidade de Prevenção/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Denise Doneda - Unidade de Drogas/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Vera Menezes - Unidade de Articulação de ONG/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Ermegenyldo Munhoz Junior - ASCOM/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Renalva Pereira de Miranda - Gerência de Administração e Finanças - GEAFI/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Letícia Legay Vermelho - Unidade de Vigilância Epidemiológica/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Rebeca Otero Gomes - Unidade de Monitoramento de Práticas Sociais/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Ronaldo Mussauer - Assessoria de Informática /CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

#### **Colaboradores:**

**Murillo de Miranda Basto Neto - Unidade de Execução Orçamentário-Financeiro - GEAFI/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Claudia de Paula - Rede de Direitos Humanos e Saúde Mental/CN-DST/Aids/Ministério da Saúde**

**Maria do Carmo Gomes Pinheiro - Unidade de Laboratório/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Cristine Ferreira - Unidade de Laboratório/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Cristina Alvim Castello Branco - Unidade de Treinamento/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Jeanete Múfalo Silva Bueno - Unidade de Treinamento/CN-DST/Aids/SPS/Ministério da Saúde**

**Lucia Helena Saldanha Gomes - Assessoria de Programação Visual/CN-DST/Aids/Ministério da Saúde**