

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

O conceito de risco das Políticas de HIV/Aids no contexto
de transformações sociais contemporâneas

Moira Escorse

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde
Orientador: Professora Aurea Maria Zöllner Ianni

São Paulo

2019

O conceito de risco das Políticas de HIV/Aids no contexto de transformações sociais contemporâneas

Moira Escorse

Dissertação apresentada ao Programa de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, Gestão e Saúde
Orientador: Professora Aurea Maria Zöllner Ianni

Versão corrigida

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Escorse, Moira

O conceito de risco das Políticas de HIV/Aids no contexto de transformações sociais contemporâneas / Moira Escorse; orientador Aurea Maria Zöllner Ianni . -- São Paulo, 2019.
202 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. risco. 2. HIV/AIDS. 3. epidemiologia. 4. sociedade de risco. 5. saúde.
I., Aurea Maria Zöllner Ianni, orient. II. Título.

À minha mãe, pelo amor incondicional.

Ao Gustavo, pelo companheirismo e paciência com meus processos.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Aurea Maria Zöllner Ianni pelo apoio, provocações e disponibilidade para ajudar nessa reflexão.

À Faculdade de Saúde Pública, e a Universidade de São Paulo por ter proporcionado um espaço a esta reflexão.

Aos professores da Banca de Qualificação pelo aceite do convite e colaborações.

Aos professores da Banca de Defesa, pelo aceite.

Às minhas amigas, Rafaela, Aline, Maria Fernanda, pelo carinho e amizade.

À minha irmã Thamires, por me fazer rir nos momentos difíceis.

ESCORSE, M. **O conceito de risco das Políticas de HIV/Aids no contexto de transformações sociais contemporâneas.** Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

RESUMO

O conceito de risco é central na sociedade moderna e adquire diversos significados nas disciplinas em que repercute, como na Epidemiologia, Estatísticas e Economia. A adoção de risco marcou profundamente a epidemia de HIV/Aids, com as noções de grupos de risco, comportamentos de risco, práticas e gerenciamento de riscos. O objetivo do presente estudo é discutir o conceito de risco subjacente na Política de HIV/Aids brasileira, considerando as transformações sociais contemporâneas. Analisou-se o conceito de risco nas portarias oficiais Ministério da Saúde sobre HIV/Aids, disponíveis ao acesso online desde 1980 até julho de 2018. Com isso, sistematizou o material em núcleos de sentido, que forneceram a base para constituição de 9 subcategorias, e em estruturas de sentido, agrupando estas subcategorias em 3 categorias relacionadas à Epidemiologia e suas epistemologias. O pressuposto adotado foi de correspondência entre a conceito de risco da infecção pelo HIV correlacionado ao risco epidemiológico. As principais considerações atravessaram a antinomia social-biológico, bem como a constatação do conceito de risco adotado como noção, que vai se transformando ao longo do tempo na história da epidemia.

Palavras-chave: Risco, HIV/AIDS, Epidemiologia, sociedade de risco, saúde.

ESCORSE, M. [The concept of risk of HIV/Aids policies in the context of contemporary social transformations] 2019. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Portuguese.

ABSTRACT

The concept of risk is central to modern society and acquires various meanings in the disciplines it has repercussions, such as Epidemiology, Statistics and Economics. The adoption of risk profoundly marked the HIV/AIDS epidemic, with the notions of risk groups, risk behaviors, practices and risk management. The aim of this study is to discuss the concept of underlying risk in the Brazilian HIV/AIDS Policy, considering contemporary social transformations. The concept of risk was analyzed in the Ministry of Health's official ordinances on HIV/AIDS, available online from 1980 to July 2018. With this, it systematized the material into nuclei of meaning, which provided the basis for the constitution of 9 subcategories, and in sense structures, grouping these subcategories into 3 categories related to Epidemiology and its epistemologies. The assumption adopted was a correspondence between the concept of risk of HIV infection correlated with epidemiological risk. The main considerations went through the social-biological antinomy, as well as the observation of the concept of risk adopted as a notion, which is changing over time in the history of the epidemic.

Key words: Risk, HIV/AIDS, Epidemiology, risk society, health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
PREFÁCIO	14
INTRODUÇÃO	16
JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS	21
OBJETIVOS	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
PARTE I	26
1. RISCO NA SOCIEDADE MODERNA.....	26
2. RISCO PARA EPIDEMIOLOGIA.....	31
3. RISCO PARA COMPREENDER A EPIDEMIA DA AIDS.....	38
4. RISCO NAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS.....	44
5. RISCO NA TRANSIÇÃO – VULNERABILIDADE.....	52
PARTE II	56
ASPECTOS METODOLÓGICOS	56
ANÁLISE	64
SUBCATEGORIAS.....	64
CATEGORIAS.....	72
DISCUSSÃO	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	90

APRESENTAÇÃO

O presente estudo origina-se de um desconforto, diante minha atuação profissional, sobre o emprego do conceito *risco* no âmbito da Política de HIV/Aids e nas resoluções específicas derivadas dela, haja vista ser esse um dos fundamentos da prevenção. Por isso, teve como objetivo discutir o conceito de risco subjacente na Política de HIV/Aids, considerando as transformações sociais contemporâneas.

Para isto, me propus a refletir sobre o conceito de risco pela sua dupla condição: sua própria natureza teórica e por ser objeto de uma ciência fundamental nas concepções e práticas sanitárias contemporâneas, a epidemiologia. Entretanto, parti de outro lugar não usual: o conceito de risco na Política de HIV/Aids considerando as transformações sociais advindas do pensamento sociológico do autor Ulrich Beck. Ainda, considerei como fundamental a discussão sobre os marcos teóricos do pensamento epidemiológico de autores como Naomar Almeida-Filho e Dina Czeresnia, e da medicina social com o autor Ricardo Bruno Mendes Gonçalves.

O principal pressuposto deste trabalho é que o conceito de risco na Política de HIV/Aids tem como equivalente o risco epidemiológico. A partir disto, a análise crítica foi sendo construída considerando a perspectiva epidemiológica e sob o leque da teoria social sobre como o conceito de risco foi temporalmente constituído pela Política de HIV/Aids.

A epidemiologia tem contribuído, entre outros aspectos, com suas elaborações sobre a ideia acerca de risco, construída a partir das características de transmissibilidade e respectivas vias de entrada do agente etiológico no corpo humano, considerado como responsável pela síndrome. Nesta perspectiva, conforme os padrões e tipos de exposição, as probabilidades de ser infectado pelo HIV acompanhariam determinados comportamentos ou exposições a situações apontadas como “de risco”, sendo possíveis de serem mensuradas.

Há, contudo, uma ironia sobre o risco. Ulrich Beck (2008) salienta que risco é ambivalência. Todavia, afirma que estar em risco é a maneira de ser e de governar no mundo da modernidade, e uma condição humana fundante no início do século XXI. O autor, em tom quase provocativo, indaga: quais as oportunidades que emergem com o risco, inerente à sociedade de risco? Para tal, pontua as diferenças entre risco e catástrofe: o risco significa a antecipação da catástrofe. Os riscos são eventos ameaçadores e existem em um estado permanente de virtualidade, ou seja, transformam-se em algo concreto no tempo presente somente até o ponto em que são antecipados. Com as técnicas de visualização, as formas simbólicas, os aparatos e suportes, os meios de comunicação de massa, tudo isto executa nos riscos uma possibilidade que ainda não é real, mas que é tratada como se fosse real, ou seja,

estas formas antecipam a comunicação dos riscos perante uma condição abstrata, antes mesmo que os riscos sejam possíveis e mensuráveis enquanto possibilidades de fato. Isso significa que é irrelevante se vivemos em um mundo que esteja, de fato ou em alguma medida, mais seguro do que qualquer outro mundo; se a destruição e os desastres são antecipados, então isso produz uma compulsão para a ação.

Assim, se concordarmos com o autor que à medida em que antecipamos o risco somos compulsivamente levados à ação, isto resulta direta ou indiretamente, no nosso modo, enquanto sociedade, de produzir (in)certezas, de produzir tecnologia e de produzir saúde. Assim, compreender as políticas de HIV/Aids sob a ancoragem da teoria social se fez crucial, mediante minha inserção profissional.

O tema da Aids tem vasta bibliografia sobre seus diferentes aspectos, e especificamente quanto às políticas públicas destacadamente: a prevenção, a assistência, as diversas implicações psicossociais (estigma¹, discriminação e preconceito), a inserção na/da sociedade civil, entre outros. Cabe pontuar, ainda, sobre a construção da Política de HIV/Aids no Brasil, a qual se delineou em um período de redemocratização, em uma conjuntura política intensa com diversos atores sociais, como os movimento sanitarista e outros movimentos sociais, as universidades e faculdades de Medicina e Saúde Pública, dentre outros; e que culminaram em uma característica única nas respostas à epidemia da Aids. A princípio, as políticas de saúde referentes ao HIV/Aids foram sendo estabelecidas em âmbito local a nível municipal e estadual. Contudo, a gravidade da epidemia gerou a necessidade de atuação nacional ocasionando a implantação do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/aids) (PARKER et al., 1999).

Neste sentido, a estruturação da Política do HIV/Aids foi sendo alvo de disputas de diversos atores sociais, que resultou, entretanto, em um reconhecimento nacional e mundial de uma política de saúde bem-sucedida. Ao longo da formação e conformação desta política, alguns conceitos foram sendo atribuídos a ela, e tal qual de interesse deste estudo, interessa como o conceito de risco foi sendo construído.

Minhas motivações e inquietações quanto ao tema emergiram da atuação como profissional em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em HIV/Aids e outras IST

¹ O estigma em HIV/Aids refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas vivendo com o HIV. Este conceito tem como principal referência o trabalho de Erving Goffman (1988), que o define como “um atributo que é profundamente depreciativo” que alguns indivíduos possuem e que socialmente é depreciado; ou seja, trata-se de uma relação de desvalorização. Entretanto, como pontua Parker e Aggleton (2001), grande parte da literatura sobre o HIV/Aids captura este conceito como estático e não um processo social em constante mutação. Desse modo, os autores atentam para a formação do estigma em contextos específicos de cultura e poder, e como o estigma produz e reproduz relações e desigualdades sociais.

(infecções sexualmente transmissíveis), em que a dimensão da prevenção é central na relação com os usuários, na interação conhecida como aconselhamento. A partir destas experiências, fui percebendo como a percepção de risco tem sido apropriado pelas pessoas. Como profissional fui constantemente questionada sobre quais os métodos preventivos mais eficazes e quais as práticas sexuais e/ou comportamentais mais seguras. Entretanto, ao orientar as pessoas sobre práticas mais seguras ou que minimizassem a exposição ao vírus, fui me deparando – e problematizando - sobre a dimensão de insegurança subjacente nas orientações do aconselhamento, ou seja, pela sensação de que não há um discurso consensual entre os profissionais de saúde sobre o que são práticas de risco; sendo difícil prever, mesmo com base nas evidências científicas, as probabilidades de contrair o HIV.

A dimensão da insegurança na minha prática profissional foi sendo articulada através do estudo da teoria social de Beck, e, assim, fui tentando estabelecer uma conexão entre a sensação de insegurança na prática do aconselhamento e as explicações das diferentes conformações entre cálculo de risco e segurança. Estas conformações são afetadas pelas relações sociais e efeitos colaterais dos riscos autoproduzidos, que são a produção de riscos advindos da ação humana e que tomaram uma escala proporcionalmente maior com a produção industrial, com o aumento das ações e produções em larga escala. Assim, as principais implicações destes riscos são as consequências indesejáveis, ou seja, uma produção de outros riscos, ameaças e consequências incontroláveis.

O que Beck (2012) traz à tona ao denominar a sociedade contemporânea como uma sociedade de risco é justamente a soma e a complexificação dos riscos que permeiam nosso cotidiano. Não são apenas os riscos oriundos da natureza que afetam a população, mas uma série de riscos produzidos pelo próprio homem. Neste sentido, o autor conceitua a sociedade de risco como uma “(...) fase no desenvolvimento da sociedade moderna, em que os riscos sociais, políticos, econômicos, e individuais tendem cada vez mais a escapar das instituições para o controle e a proteção da sociedade industrial.” (p.17).

Considerando a minha prática como profissional, fui observando como, ao longo do tempo, o conceito de risco foi sendo apropriado, ao perpassar pela leitura das políticas e diretrizes sobre o cuidado e práticas em/da saúde. Concomitante a isto, na prática do serviço, ouvimos relatos sobre as possíveis situações em que se contraiu o vírus, e que mesmo diante das situações consideradas mais improváveis, houve a infecção. Estes fatos geram desconforto nos indivíduos recém diagnosticados com o HIV que tentam buscar explicações sobre onde e quando houve uma falha pessoal na prevenção. Diante desta situação, os profissionais questionam o depósito de certezas nas estatísticas epidemiológicas e nos cálculos de risco. Tudo

isto no contexto de uma epidemia e de quem vive com o HIV ainda impregnado pelo estigma, preconceitos e medos.

A compreensão sobre contrair o vírus em circunstâncias improváveis, indica que as ações seguras e de menor risco não decorrem somente de escolhas individuais e pessoais, mas decorrem de um contexto social em que a dimensão das certezas estão se diluindo e a imprevisibilidade invade as práticas cotidianas. Temos, como contrapartida, as iniciativas que visam mitigar tais incertezas, como a constante realização de exames preventivos para identificação de diagnósticos precoces possíveis, o que transforma os indivíduos, ainda que saudáveis, em doentes potenciais, “transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos” (ILLICH, 1975, p.63). Ou seja, pessoas que, diante desse contexto ambivalente de segurança e risco, tentam estabelecer bases sólidas para assegurar e manter-se no controle de sua saúde.

A partir destas considerações, questiono se ao prezar por determinadas ações, como aquelas responsáveis por diminuir a exposição ao risco - e assim se estaria mais protegido contra o vírus -, não estaria se criando uma relação ilusória entre práticas de prevenção e segurança?

A sociedade contemporânea, considerada neste estudo e baseada em Beck, se apoia em uma concepção de ciência capaz de disciplinar a incerteza, promovendo uma base segura para a tomada de decisões. A exclusão ou a negação da incerteza é uma forma de uso do conhecimento científico que se presta à exclusão do acaso e da tragédia. Assim, promove-se o mito do mundo absolutamente dado comprovado por uma ciência engessada, sem espaço para dúvida ou para qualquer não conformidade. Segundo os autores Renato Lieber e Nicolina Lieber:

“Assim, como prevê a teoria econômica, a imprevisibilidade do ‘risco’ converte-se numa questão de conformidade de seguro. Tudo passa a ser qualificado por relações dadas e, portanto, possíveis. Morrer de dengue deixou de ser uma questão de contexto, propício ao acaso de encontros com o vetor da doença, mas é uma função do sujeito ter ou não um seguro saúde para ser hospitalizado e tratado a tempo. A refutação da incerteza se dá graças ao esplendor do sistema.” (2002, p.98).

Considero que há uma sensação fundante de insegurança. Apesar da ciência nos proporcionar mais conhecimento e mais tecnologia, ainda continuamos aflitos e presenciando cada vez mais situações que nos escapam ao controle. Mas não são as sociedades modernas assim consideradas exatamente pelo fato de serem, em grande medida, bem-sucedidas em manter contingências e incertezas sob controle, por exemplo, no que diz respeito à doença?

Este estudo questiona e se perfaz diante do cenário da política de saúde e da produção acadêmica sobre HIV/Aids, em que muito se desenvolveu através de estudos críticos sobre a saúde e os processos sociais modernos. Os conceitos fundamentais do tema de HIV/Aids - como risco e vulnerabilidade – podem ser encontrados nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids,

sugerindo um enlace entre a produção acadêmica sobre tais conceitos e como foram sendo incorporados nas diretrizes e delineamentos destas políticas.

Ressalta-se uma vasta produção crítica sobre risco (José Ricardo Ayres, Luis David Castiel, Sandra Caponi, Naomar de Almeida-Filho, Mary Jane Spink, Amélia Cohn, entre outros) e sobre vulnerabilidade (Dina Czeresnia, José Ricardo Ayres, entre outros) no campo da saúde coletiva. No entanto, este estudo buscou sistematizar como o conceito de risco apareceu nas Políticas de HIV/Aids ao longo do tempo, e assim, como isto refletiu nos aspectos teóricos privilegiados por esta política. Nesse sentido, ao analisar sistematicamente o sentido de risco, isto possibilitou delinear atributos ou características deste fenômeno de uma perspectiva que considerou aspectos da contemporaneidade.

Ainda que o conceito de risco introduzido pela literatura citada acima já tenha sido bastante discutido, parto do pressuposto da necessidade em revisitá-lo, considerando que este conceito continua orientando as práticas e políticas de saúde, e, sofrendo transformações em seu sentido. Não se trata de redefinir risco, de modo analisar a estrutura semântica do sentido em si, mas, antes, de encontrar os nexos e as relações deste conceito, relacionando-o com estruturas sociológicas para que se desvende o sentido estruturador do uso deste conceito e com quais paradigmas epistemológicos dialoga.

Para o leitor, cabe-me esclarecer o desafio a que me propus, como profissional e pesquisadora do tema da aids, já que tenho experiências prévias na área. Trazer outra ancoragem teórico-metodológica se fez crucial em uma mescla de curiosidade e necessidade de ampliação dos horizontes de entendimento do fenômeno. Houve o esforço em explicar conceitos e paradigmas da teoria social de modo adequado, ao mesmo tempo, torná-los compreensíveis ao leitor, e essa é a medida da aposta aos limites do estudo.

O trabalho está organizado da seguinte forma: Prefácio, Introdução, Justificativa e Pressupostos, Objetivos e Objetivos Específicos. O texto teórico foi dividido em duas partes: a Parte I com 5 capítulos: Risco na Sociedade Moderna, Risco para Epidemiologia, Risco para compreender a epidemia de HIV/Aids, Risco nas Políticas de enfrentamento ao HIV/Aids, Risco na transição – vulnerabilidade. E a Parte II, dividida em: Aspectos Metodológicos, Análise, Discussão, Considerações Finais, Referências Bibliográficas e Anexos.

PREFÁCIO

Trabalhar com o conceito de risco trouxe algumas inquietações quanto seus sentidos. Risco está relacionado aos referenciais epidemiológicos, às ciências sociais, e ainda, como uma noção utilizada pelas Políticas de HIV/Aids. Estas ocorrências trouxeram uma vasta compreensão sobre seus sentidos e usos, mas foram necessárias, ao longo do trabalho, pontuações a que área risco estava sendo referida, para se evitar confusões no entendimento.

O caminho de pensamento para estruturar o trabalho foi percorrido em algumas etapas: foi levantado a literatura crítica sobre risco nas ciências sociais, no que diz respeito à Sociedade de Risco do teórico Ulrich Beck (2012). Desse modo, pôde compreender a dimensão sistêmica do risco e as suas implicações nos processos sociais, especialmente na saúde.

Na literatura da Saúde Coletiva, com os teóricos que discutem sobre risco, a Epidemiologia apareceu como sendo central neste debate. Esse embasamento teórico permitiu perceber como o conceito de risco foi incorporado e fundamentado na saúde, a partir de da sua utilização na Epidemiologia e nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids.

Cabe esclarecer que esse trabalho está inserido nos marcos da Saúde Coletiva brasileira², que emerge como um campo de diálogo interdisciplinar entre as ciências biológicas e as ciências sociais, e, que busca compreender as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde e se organiza para enfrentá-los (PAIM & ALMEIDA-FILHO, 1998).

Por si só risco é polissêmico, sendo utilizado amplamente nos campos da Estatísticas Economia, Ciências Sociais e Saúde Coletiva. A política de enfrentamento ao HIV/Aids capturou e disseminou sobre risco de diversas maneiras - risco ao adoecer e à infecção pelo HIV/Aids, gerenciamento de risco, grupos de risco, comportamento de risco, entre outros- , a serem explicadas no decorrer desse trabalho, e ao considerarmos que essa política foi atravessada por diversos momentos históricos, isso implicou em algumas possibilidades de sentidos sobre o risco. Essa constatação de polissemia do risco é reiterada pela literatura, e por isso, o trabalho foi estruturado, na Parte I, a partir de classificações sobre os sentidos de risco na epidemia da aids, na saúde, na epidemiologia, e sua relação com o conceito de vulnerabilidade. Isso permitiu compreender a complexidade deste conceito e como é apropriado por cada área do saber.

Após contato com a literatura sobre risco e com as cartilhas e os documentos oficiais do Ministério da Saúde que alicerçam as diretrizes políticas de HIV/Aids, percebeu-se a

² Na sessão *Epistemologias e os Paradigmas da Epidemiologia* irá explorar com maior profundidade o debate que marcou o campo da Saúde Coletiva.

necessidade de revisitar como risco foi sendo construído nessa política. Por isso, a escolha de estudar um material fundamental em normatizar e estabelecer conceitos e diretrizes, e que foi acessado desde os primeiros registros sobre as ações de saúde no âmbito da epidemia da aids até os dias atuais. Nesse sentido, as portarias de HIV/Aids do Ministério da Saúde, publicadas entre 1980 a 2018, foram selecionadas como material primário.

A sistematização do material em subcategorias e em categorias considerou que, na seleção de um período extenso de portarias, havia necessidade de estabelecer agrupamentos aos sentidos de risco, já que esses sentidos se alteraram e adquiriram outros significados ao longo da história da epidemia da aids. Por isso, a primeira classificação em subcategorias permitiu visualizar os sentidos a que risco estava relacionado, buscando uma primeira organização do material. Posteriormente, percebeu-se que nestas subcategorias havia correspondência a uma natureza de sentido comum, a partir de três grupos de pensamento; e, assim, uma segunda classificação em categorias relacionadas às epistemologias da Epidemiologia.

Desse modo, a organização do trabalho pareceu mais coerente para compreender sobre qual o sentido estava estabelecido nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids. O contato com a literatura e os documentos do Ministério da Saúde mostraram que os sentidos de risco se transformaram ao longo do tempo, e por isso, a opção por selecionar o longo período das portarias. Como risco é muito utilizado e tem correspondência com diversos significados, a primeira classificação em subcategorias colaborou com a identificação de quais sentidos estavam, realmente, relacionados ao seu uso nestas portarias. E isso, trouxe uma compreensão da relação com categorias mais amplas com a Epidemiologia.

A análise e discussão do trabalho deteve-se às discussões sobre risco na Sociedade de Risco e também no interior da Epidemiologia, evidenciando um debate antigo da antinomia social-biológico. Esse debate colaborou com o desenvolvimento da argumentação das evidências encontradas no material analisado.

A breve explicação dessas considerações pretende auxiliar e atentar o leitor às ideias que foram emergindo para construção do trabalho, facilitando a compreensão do caminho do pensamento. A todos, uma boa leitura.

INTRODUÇÃO

O HIV/Aids surgiu em um momento que as autoridades sanitárias mundiais disseminavam o ideário de controle das doenças infecciosas pela incorporação tecnológica e pelo saber médico moderno. A emergência da aids suscitou explicações sobre a origem biológica da nova entidade nosológica: evidências revelaram que o vírus estava presente em certas espécies de macacos e sua transmissão ao homem pode ter ocorrido devido a interações habituais da vida na África, mas que também pode ter ocorrido a mutação acidental do vírus ancestral – que já estaria presente em alguns homens e este ancestral não seria necessariamente patogênico; ou ainda, como resultado de ações antropogênicas por experiências médicas sobre populações africanas (testes de vacinas contra a malária ou a pólio, por exemplo) ou em uma aliança entre os HIVs africanos, pouco virulentos, e micoplasmas americanos selecionados pelo uso dos antibióticos (GRMEK, 1995). Apesar de diversas possibilidades, não há uma explicação sobre a origem exata da doença, e o aparecimento da aids tem como explicação a interação biológica e social. A epidemia atual resulta justamente da interação entre estas duas dimensões da vida.

A descoberta da composição biológica do HIV através da biologia molecular juntamente com a invenção dos testes diagnósticos anti-HIV impactou o modo como a epidemiologia de doenças infecciosas era pensado. Cabe lembrar que a epidemia da aids veio num momento em que a ciência médica focalizava seus estudos nas doenças crônico degenerativas e o surgimento de uma nova epidemia trouxe discussão sobre a reemergência de doenças infecciosas. Foi na epidemiologia de risco, só que não mais associada exclusivamente à doença, mas sim à infecção, que trouxe instrumentos possíveis para diagnosticar a infecção pelo HIV antes do surgimento dos sinais e sintomas de aids (CARVALHEIRO, 1998).

Estudos prospectivos findavam por determinar o espectro da história natural do HIV, e seus mecanismos de transmissão foram descobertos pelas vias do sangue e hemoderivados, fluidos sexuais e leite materno. Os avanços no delineamento da história natural do vírus foram complementados por aprofundamentos em duas direções quase diametralmente opostas (CARVALHEIRO, 1998). De um lado, no campo biológico buscou-se desvendar os mecanismos íntimos do vírus no nível individual. Assim, conhecer a imunopatologia da relação biologia-indivíduo foi indispensável para orientar as ações de prevenção em todos os níveis: a busca pela cura definitiva, a limitação do prosseguimento da ação patogênica ou, mesmo, proteção/prevenção individual específica. Por outro lado, buscou-se a compreensão de natureza

social-histórica de uma epidemia que desvelava diversas contradições e iniquidades da sociedade.

Desde o início da epidemia da aids a forma de enfrentamento trazia em seu bojo a tensão interna entre modelos ditos reducionistas mais centrados na abordagem biomédica, e outros mais centrados nos conhecimentos advindos das ciências humanas e sociais, que buscavam no protagonismo dos afetados uma possibilidade de atuação (CAMARGO JR, 2013).

À medida que as ciências biomédicas iam descobrindo os mecanismos do HIV, uma das principais intervenções sanitárias ocorriam na esfera da sexualidade: com a descoberta de que certas práticas sexuais tinham maior risco de transmissibilidade (sexo anal), as ações de educação sexual eram de estimular outras práticas sexuais com menor risco e de diminuir o número de parceiro. De tal modo que os diálogos com as comunidades e grupos afetados, que se organizaram em resposta tanto à doença quanto aos preconceitos gerados ou potencializados pela mesma, tiveram repercussão política destacada na proposição de alternativas para a prevenção. Naquele momento, a pauta sobre a sexualidade, por meio da estratégia de erotização dos próprios meios de prevenção, ganhou destaque através da prática preventiva chamada “sexo seguro”, ou seja, de relações sexuais mediadas por um conjunto de práticas que têm como função reduzir o risco de infecção durante a relação sexual, de modo que impede o desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST’s). Essa proposta, oriunda do movimento gay norte-americano, tornou-se importante instrumento para a prevenção da transmissão sexual do vírus, principal modo de propagação da pandemia na maior parte do mundo (CAMARGO JR, 2013).

Na esteira da dimensão preventiva, um aspecto fundamental advindo do diálogo com os grupos sociais (movimento sanitarista e o movimento dos homossexuais) foi a entronização do combate ao preconceito contra os grupos de risco como pilar fundamental da estratégia geral de prevenção. A linguagem epidemiológica, ao falar de “grupos de risco”, foi capturada pela lógica da discriminação, e logo foi proposto, por teóricos críticos, um outro conceito – o de vulnerabilidade³ –, que foi incorporado como estratégia discursiva para romper com a estigmatização de grupos já marginalizados. Ademais, colocou-se também o foco na solidariedade (PARKER, 1994), organizando os serviços de saúde e grupos de acolhimento em organizações não governamentais (ONGs), ao mesmo tempo em a luta dos movimentos sociais

³ Será melhor explicado no tópico sobre a estrutura conceitual de vulnerabilidade. Cabe destacar que este conceito foi sintetizado e desenvolvido, no contexto brasileiro, pelo pesquisador José Ricardo Ayres e colaboradores em diversas publicações (1997, 1997a, 1997b, 2003, 2006).

trouxe a dimensão da prevenção do HIV pactuada como direito, ou seja, constituída pelo acesso aos insumos de prevenção (preservativos, seringas), pelo acesso à informação, à educação e ao aconselhamento de qualidade.

O conceito de vulnerabilidade passou a designar, em termos gerais, condições de maior ou menor fragilidade de grupos populacionais, de modo a incluir e enfatizar dimensões sócio políticas e econômicas, para além dos aspectos comportamentais de indivíduos. Neste sentido, a noção de vulnerabilidade permitiu desassociar as ideias de fator/grupo/comportamento de risco veiculadas pela epidemiologia ao considerar a dimensão social para a infecção do HIV. De qualquer modo, o conceito de risco permanece vigorosa na dimensão da vulnerabilidade, na medida em que os riscos parecem pairar sobre os corpos e as práticas dos grupos vulneráveis. O que vemos é que estes conceitos de risco e de vulnerabilidades permanecem fundamentais nas orientações de prevenção.

A resposta brasileira foi sendo delineada progressivamente com um programa nacional de enfrentamento do HIV/Aids, respaldado pela articulação entre governo, instituições universitárias e movimento social. Ainda na década de 90, quando do surgimento da terapêutica com antirretrovirais e a incorporação deste tratamento ao Programa Nacional de DST/Aids, ampliou-se o debate, incitado pelo movimento social, da integração entre prevenção e tratamento como uma ação única e articulada; ou seja, como ações complementares no enfrentamento da epidemia. O surgimento dos antirretrovirais e, mais recentemente, a introdução da profilaxia medicamentosa para a exposição ao HIV com as tecnologias da Profilaxia Pré-Exposição (PREP) e Profilaxia Pós Exposição (PEP)⁴, tem sido apontada como estratégias biomédicas que relegam a segundo plano ou mesmo abandonam estratégias “humanizadas” exitosas de prevenção (CAMARGO JR, 2013).

A prevenção ao HIV é um dos elementos mais discutidos na temática da epidemia de aids, sendo abordada por diferentes correntes de pensamento sobre suas implicações clínicas-epidemiológicas, psicossociais e sócio-políticas. Este tema da prevenção é apropriado e ressignificado por distintos segmentos sociais (atores da sociedade civil, pesquisadores, grupos

⁴ O esquema medicamentoso recomendado para uso na PrEP é a combinação dos antirretrovirais fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), em dose fixa de 300/200mg, respectivamente, um comprimido por dia, via oral e uso contínuo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a). Já o esquema medicamentoso da PeP é, preferencialmente, a combinação de três antirretrovirais: a lamivudina (3TC), tenofovir (TDF) e dolutegravir (DTG). Nos casos em que o TDF não é tolerado ou contraindicado, recomenda-se a combinação AZT + 3TC como alternativa; e ainda, em gestantes ou em suspeita de gestação, recomenda-se a substituição do DTG pelo atazanavir/ritonavir (ATV/r). Em todos os casos de PeP o uso da medicação é via oral e com duração de 28 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

mais vulneráveis ao HIV/Aids, tais como a população de lésbicas, gays, bissexuais e travestis - LGBT) e também disseminado através de meios de comunicação de massa.

Diversos estudos e autores focam na prevenção e reafirmam a sua importância no enfrentamento da epidemia (AYRES, 2002; PAIVA, 2002; SEFFNER & PARKER, 2016; CORRÊA, 2016). Discutem, de forma geral, a perda de força do diálogo com a sociedade e o direcionamento excessivo para estratégias biomédicas com novas tecnologias (como a PReP e PeP) em um contexto de aumento do conservadorismo e de crise político-econômica brasileira (SEFFNER & PARKER, 2016). Além disto, discute-se a necessidade de se politizar espaços psicossociais e contextos intersubjetivos potencializadores para a construção de respostas; ou seja, as pessoas mais vulneráveis ao HIV e/ou pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) como multiplicadoras de práticas educativas, ou mesmo na representação dos espaços de representação política na saúde (como conselhos de saúde, conferências municipais, estaduais e nacionais, entre outros). O Ministério da Saúde (2007) define como pessoas mais vulneráveis ao HIV aqueles grupos com maior incidência de infecção denominados de populações-chave: gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas usuárias de drogas, profissionais do sexo, pessoas transexuais e travestis e pessoas privadas de liberdade; bem como os grupos prioritários, que devido a dinâmicas sociais históricas de exclusão social ou negligência do Estado, costumam ser mais atingidas: população negra, jovem, em situação de rua e indígena.

O risco constitui uma das bases preditivas e legitimadoras para medidas de prevenção em saúde. No caso do HIV/Aids, a prevenção, conforme Almeida-Filho (2003), assume dois modelos: primeiro, o de indivíduos portadores como potenciais fontes de infecção que, portanto, devem ser vigiados epidemiologicamente; e segundo as intervenções para mudanças de comportamentos, através da difusão de informação, educação e aconselhamento (SCOTT & FREEMAN, 1995).

A prevenção em HIV/Aids torna os indivíduos o principal foco de ação, na medida em que as estratégias preventivas adotadas consideram a liberdade e a autonomia de escolha dos métodos disponíveis como crucial para o gerenciamento de riscos sexuais à infecção do HIV. A noção de gerenciamento individual dos riscos coloca ênfase no autocuidado, e vem delineando pesquisas sobre risco no âmbito da saúde (DE LUIZ & SPINK, 2013; LEITE, MURRAY & LENZ, 2015; GRANGEIRO ET AL., 2015; FERRAZ & PAIVA, 2015; FERNANDEZ, 2015).

O gerenciamento dos riscos, muitas vezes, é apresentado pelos especialistas como algo ligado à esfera privada, de responsabilidade dos indivíduos, e colocada em termos de escolhas comportamentais. Entretanto, este raciocínio implica em incongruência: se são atribuídas às

peçoas a decisão sobre suas escolhas (considerando as possibilidades de acesso aos serviços de saúde e aos insumos) também estão incluídos os elementos considerados responsáveis por possibilidades de ocorrência danosas à saúde; ou seja, como se as pessoas escolhessem a sua exposição ao risco. Veremos que na sociedade de risco (BECK, 2012) os riscos têm uma dimensão sistêmica e, portanto, não são passíveis de controle. A dimensão que o risco assume, na obra de Beck, tem um significado bastante específico: o risco é um estágio intermédio entre a segurança e a destruição, e a percepção dos riscos determina o pensamento e a ação, que se projeta para o futuro. Aqui o risco que se baseia em interpretações causais dos acontecimentos, podendo, assim, permanecer invisíveis, pois só se estabelecem a partir dos saberes de experts sendo aumentados ou diminuídos de acordo com interesses políticos.

O foco das ações em saúde tem se dirigido à avaliação dos impactos dos riscos na saúde humana e como serão enfrentados posteriormente. A saúde coletiva se mantém nos marcos da modernização reflexiva no sentido de que a ideia de progresso é condicionada, dependente, do desenvolvimento científico e tecnológico; e esse conhecimento é compreendido como essencialmente cumulativo, ou seja, cada etapa superaria a anterior, em uma progressiva expansão. A modernização reflexiva é um fenômeno da sociedade moderna que compreende o mundo como consequência da modernização, e que é capaz de examinar constantemente seus objetos com a preocupação de suas consequências. Assim, a modernidade reflexiva debruça-se sobre as transformações do mundo atual e, de certo modo, rompe com as amarras conceituais sobre modernidade e pós-modernidade. O conceito de reflexividade representa uma reinvenção da modernidade nas suas formas sociais e industriais (BECK, 2010).

As transformações do mundo atual, o processo de crise e as consequências advindas delas fomentam a ideia de que se vive em um mundo cada vez mais reflexivo, ou seja, que se estimula a crítica ativa e a auto confrontação com suas próprias verdades já estabelecidas. Este marco pressupõe que quanto mais conhecimento especializado sobre os problemas, baseado na ciência e na tecnologia, mais e melhores condições de saúde são criadas para as populações.

O risco epidemiológico é considerado central nas ciências da saúde, como na Epidemiologia, sendo ressignificado de uma posição de inferência das condições de doença e que passa a ser constitutivo das práticas cotidianas dos indivíduos doentes e não doentes, alterando, assim, as noções de real possibilidade de ocorrência de evento de risco e de sua probabilidade de ocorrência.

A partir destas considerações, percebe-se que o risco ainda é primordial na sociedade, e sendo de grande interesse desse estudo entender como o risco adquire seu significado nas políticas de HIV/Aids. Deste modo, a pergunta mais ampla e transversal deste estudo foi: de

que modo a política de HIV/Aids vem sendo influenciada pelas novas dinâmicas sociais? Quanto às perguntas mais específicas e norteadoras do estudo: qual a dimensão de risco que estamos considerando na política de HIV/Aids? Qual a contribuição de um aprofundamento sobre o conceito de risco para a política de saúde e suas práticas?

JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS

O debate atual entre o campo da saúde coletiva e os atores da sociedade civil como os intelectuais acadêmicos, organizações da sociedade civil tem se debruçado sobre o alinhamento mais tecnicista das respostas ao HIV/Aids e como isto pode ser um dos fatores responsáveis pelo ocultamento da gravidade da epidemia. Além disto, há críticas sobre o desperdício do conhecimento acumulado de setores essenciais ao enfrentamento da aids, como a ausência da participação da comunidade que vive com HIV/Aids, que já foi mais participativa e propositiva influenciando as intervenções e respostas do Estado na epidemia. A conjuntura atual continua a ressoar sobre divergentes concepções, tão caras à saúde coletiva, tais como: direito à saúde, acesso à saúde, desigualdades sociais, exercício de cidadania, qualidade de vida, gênero e direitos humanos, sexualidades (GALVÃO, 2000; PARKER, 2000, 1994; PAIVA, 2002; AYRES, 2002).

A discussão ao enfrentamento do HIV/Aids vai se definindo por uma série de transformações no paradigma da saúde coletiva e suas disciplinas, e da efetividade das respostas à epidemia, e foca essencialmente em temas como: novas tecnologias (biomédicas), gerenciamento de risco e população chave (GRANGEIRO ET AL, 2013).

Sabe-se que a epidemia da aids é permeada por disputas entre diversos atores sociais e institucionais, mas a pretensão desse trabalho não é discutir com a dinâmica da epidemia. Desse modo foi escolhido compreender outros aspectos relacionados à temática como o que se entende e está relacionado à risco nas portarias de HIV/Aids.

Nesta perspectiva, identificar um conceito central e presente na história da epidemia pode proporcionar um aprofundamento e revisão do conceito de risco, atualizado pelo contexto das mudanças sociais contemporâneas e pelo antigo debate entre biológico X social.

É necessário esclarecer o leitor que os conceitos de risco e os seus derivativos, tais como exposição ao risco e situação de risco, são, por vezes, bastante difíceis de limitar e de apreender quanto ao substrato teórico subjacente nas políticas de HIV/Aids, pois aparecem dissolvidos nas diretrizes políticas. Foi exatamente esta dificuldade, e como isto implica nas práticas de saúde, que suscitou o interesse pelo tema e se tornou o objeto deste trabalho; ou seja, a busca

por compreender como este conceito foi sendo delineado ao longo da epidemia e suas singularidades e associações com outros conceitos da saúde coletiva. Ainda ressalto um interesse com o significado de risco no movimento da epidemia atual, com o fortalecimento da inflexão na semântica de risco: gerenciamento de risco, gestão de riscos, entre outros – a partir das diretrizes da Prevenção Combinada⁵.

Talvez o conceito de risco seja utilizado, frequentemente, como um jargão, ou seja, com um sentido próprio de seu uso, mas sem ser questionado sobre seu sentido. O esforço neste estudo é, primeiramente, compreender os conceitos utilizados nas portarias para que, posteriormente, confrontá-los à luz do substrato teórico crítico sobre Saúde Coletiva, principalmente em na Epidemiologia e nas Ciências Sociais. Neste sentido, se por um lado o uso corriqueiro de risco torna quase indiscutível sua definição, por outro, a utilização desse conceito pode gerar efeitos paradoxais, visto que o seu sentido original se modifica.

O campo da Saúde Coletiva subsidia teórica e metodologicamente, em uma estruturação científico-acadêmica, seus objetos, bem como influencia conceitos político-institucionais, tal qual risco. Cabe mencionar que o contexto histórico-social de constituição da aids articulou interesses diversos e amplos, mobilizados pelo processo de redemocratização do país. O Movimento da Reforma Sanitária estava em expressão e resultou na formulação do projeto de universalização do direito à saúde: o Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS.

Ademais, risco configura uma categoria analítica com ambiguidades, seja no seu uso no senso comum, seja na clínica-epidemiológica. Isto porque ocorre uma fusão de sentidos e repertório linguísticos (ALMEIDA-FILHO, 2003, SPINK, 2003).

O que se pretende é procurar capturar o sentido conjunto por referência à disciplina que se coloca como questão central - a Epidemiologia -, quando falamos de risco em saúde. Partindo desta maneira, é viável que haja uma questão prévia, da Epidemiologia enquanto disciplina e que embasa a prática em saúde, cuja denominação aparece sob o signo de risco.

A reflexão deste trabalho compreendeu o esforço em analisar como o sentido empregado a risco, advindo da Epidemiologia, influencia as políticas de HIV/Aids e dão delineamento em seu sentido. A elaboração conceitual está intimamente vinculada às variações históricas da disciplina e também da própria epidemia; ou seja, estão contextualizadas em uma historicidade dotada de contradições, ambivalências, e também adquirem sentido em um horizonte de significações da sociedade contemporânea.

⁵ Será explicado na sessão *Risco para compreender o HIV/Aids* o que é a Prevenção Combinada e suas diretrizes.

Dado isto, vale esclarecer que o trabalho não buscou encontrar a definição de risco epidemiológico mais ‘verdadeira’ ou o sentido único de risco da infecção em HIV/Aids. Isto reduziria a complexidade das determinações históricas sobre o conceito tornando-as contingenciais, mas esvaziadas de sentido histórico substantivo. Neste quadro, o objetivo geral de compreender risco só adquire sentido quando qualificado pelas determinações históricas e a articulação da Epidemiologia faz incidir sobre ele.

Desse modo, o conceito risco assumiu dentro da política e na epidemia da aids, uma semântica particular. Um conceito usado em diferentes áreas tal qual risco é, por si só, permeado de conflitos e ambiguidades, e de certa forma, vemos uma polarização entre risco e vulnerabilidade, como um pertencente à epidemiologia e o outro às ciências humanas e sociais, respectivamente. Neste sentido houve uma necessidade reflexiva de considerarmos o contexto em que o referido conceito transita, sobretudo quando se trata da proposição de diretrizes a serem operacionalizadas por políticas de saúde. Neste estudo, deu-se destaque ao risco da infecção pelo HIV/Aids advindo da epidemiologia e articulando interrelações com a dimensão da teoria social de Beck com a Sociedade de Risco.

Para tal discussão foi imprescindível perpassar por conceitos importantes na epidemia de aids, tais como vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade amplia a perspectiva e compreensão das necessidades de saúde para além dos saberes biomédicos e epidemiológicos. Assim, o quadro de vulnerabilidade se propõe a modificar as formas de construção de diagnósticos ao caracterizar determinantes sociais e políticos dos processos e das relações multicausais que produzem diferentes conformações da epidemia.

Apesar de constatações sobre diversas mudanças ocorridas no campo das políticas em HIV/Aids desde o início de 2000 (CORRÊA, 2016), a epidemia foi caracterizada como de natureza biológico-social, mas criticada pelo excesso de intervenções sanitárias-biológicas e não de cunho social (SEFFNER & PARKER, 2016).

Ainda, o que vemos é um mal-uso da categoria de vulnerabilidade, como se, por si só, ilustrasse a complexidade da epidemia e justificasse o uso do conhecimento técnico, e ainda, como se este fosse livre de contradições e consequências aos sujeitos. Os efeitos da utilização deste conceito como adjetivação e atrelado a determinados grupos populacionais, então denominados “vulneráveis” (homens que fazem sexo com homens-HSH, usuários de drogas, população em situação de rua, etc.), pode levar à naturalização de situações iminentemente sociais (AYRES, 2018).

Entretanto a reflexão sobre tais questões foi possível não somente a partir de uma complexidade de discursos e significados, mas sim de novas conformações da sociedade

contemporânea. Isso significa que à medida em que se toma consciência da emergência de novas transformações sociais, na qual cresce a racionalidade moderna do cálculo de risco, crescem proporcionalmente, ou até mais, as tentativas de assegurar uma proteção.

O panorama analisado se pautou na tentativa de vislumbrar e revelar os valores da sociedade moderna e como eles estão presentes no modo que pensamos, praticamos e intervimos sobre saúde e prevenção ao HIV. O horizonte foi discutir os constrangimentos que os processos sociais em curso e transformações apontados anteriormente provocam e não realizar um diagnóstico descritivo.

Nesse sentido, revisitar o que temos produzido como categorias analíticas dos fenômenos da saúde, mais especificamente as relativas às políticas de HIV/Aids, nos empurra a ver o mesmo tema com outras lentes, a partir de um leque de transformações; e no caso da sociedade brasileira, que não superou as desigualdades históricas anteriores, mas que, ao mesmo tempo, mescla-se às transformações contemporâneas estruturais da vida da sociedade ocidental e das transformações do próprio Estado.

A ideia de dialogar com uma produção teórica acerca das sociedades contemporâneas não é para meramente ilustrar a incorporação tecnológica em nossas vidas, mas em compreender o quanto essas produções teóricas trazem elementos da constituição das sociedades modernas capitalistas, com diferentes impactos na atualidade.

Por fim, examinar os sentidos constituídos na lógica sanitária sutil e profundamente entremeadada nos discursos sobre os riscos requer que se considere, a um só tempo, seu entrelaçamento à perspectiva emblemática vigente do predomínio da racionalidade biotecnocientífica, bem como os efeitos dos processos de individualização que têm tornado a vida coletiva fragilizada, insegura e susceptível à mercantilização do corpo e da própria saúde.

OBJETIVOS

Discutir o conceito de risco subjacente na Política de HIV/Aids brasileira considerando as transformações sociais contemporâneas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e discutir o conceito de risco presente nas portarias do Ministério da Saúde brasileiro;
- Identificar como o conceito de risco foi sendo utilizado, ao longo do tempo, nas políticas públicas de HIV/Aids;

- Situar o conceito de risco da infecção pelo HIV/Aids a partir do princípio de risco epidemiológico.

PARTE I

1. RISCO NA SOCIEDADE MODERNA

A sociedade contemporânea tem algumas denominações e é alvo de ampla literatura das ciências sociais, mas aqui consideraremos o contemporâneo como um conjunto de transformações estruturais nas relações sociais do contexto da sociedade industrial, e que envolve a reconfiguração de categorias e instituições clássicas e da modernidade como gênero, classe, família e trabalho (BECK, 2010).

Estamos em um momento de transição de período histórico social, que pode ser caracterizado como da transição da primeira à segunda modernidade. A primeira modernidade seria marcada pela ênfase otimista na possibilidade de construir o futuro por meio de decisões humanas, pelo progresso e pela racionalidade (razão científica moderna) no controle dos riscos (naturais ou advindos das ações do homem). O conhecimento técnico-científico, com parâmetros dos cálculos e da previsibilidade, deu à sociedade uma confiança no progresso e na resolução dos problemas de toda ordem, postos por esse desenvolvimento. A segunda modernidade é a versão radicalizada da modernidade, na qual a ideia de controlabilidade e de certezas é abalada (BECK, 2010). É marcada por uma etapa reflexiva (no sentido de refletir, conscientizar, e examinar constantemente o entendimento sobre seus objetos), em que a colonização do futuro presentifica-se, ou seja, a percepção das consequências futuras negativas resulta das ações presentes.

Segundo Beck (2010), como o risco é construído socialmente, quase exclusivamente pelos sistemas expertos, a nossa sociedade é reflexiva. Ao tematizar o risco, a sociedade é capaz de se auto problematizar, promovendo uma reflexão sobre si mesma principalmente por meio da ciência. A reflexividade é a consciência, espalhada como consenso social na forma de conhecimento científico, dos paradoxos e efeitos perversos da sociedade moderna. A modernidade reflexiva representa uma possibilidade reinvenção da modernidade e das suas formas industriais e de conceitos fundamentais como risco.

A percepção de risco se transforma, dado que risco não é somente uma categoria analítica, mas sim imanente ao processo social. E esta percepção é diferente porque o discurso e a prática sobre o risco são hegemônicos pela ciência e pelo Estado. Encontramos na ciência os especialistas do risco, e nos órgãos públicos os gestores do risco – os chamados sistemas expertos (GIDDENS, 2002). Os cientistas e os especialistas monopolizam o discurso sobre o risco, fabricando um certo saber sobre o tema.

Assim, em um primeiro estágio da modernização, também conhecida como sociedade industrial, a galgada no desenvolvimento científico e tecnológico produziu sistematicamente novos riscos; ou seja, os avanços conquistados na sociedade industrial, tais como a ciência com a produção de conhecimento e o controle de riscos através dos experts, ao mesmo tempo que produziu certezas sobre quais eram situações de risco e assim sua antecipação ante o perigo, também converteu o risco em uma força de produção social. Isso significa dizer que surgiu um paradoxo na produção de certezas sobre o risco: conheceu-se sobre seus mecanismos, desenvolveu-se um discurso sobre risco e também intervenções na tentativa de evitá-lo, entretanto isto também promoveu um intenso questionamento sobre as certezas fundantes sobre o risco, através de um pensamento reflexivo, buscando uma autocrítica sobre o próprio pensamento e construção de verdades.

O Estado moderno, considerado uma instituição moderna central no controle dos riscos - já que estabeleceu o sistema de proteção social - junto ao cálculo de risco e o princípio do seguro instaurados pelos experts, tiveram papel preponderante na institucionalização das promessas de segurança diante de um futuro desconhecido. (BECK, 2010). Entretanto, somente na sua radicalização em segundo momento, na etapa reflexiva da modernidade, a colonização desse futuro se torna presente, e o risco é concomitantemente probabilidade e realidade (IANNI, 2018). A sociedade torna-se, assim, reflexiva, ou seja, preocupada com suas próprias consequências não desejadas e sob o ideário da eliminação dos riscos.

Na radicalização da modernidade, abrem-se outros caminhos para uma nova modernidade. A modernização reflexiva remete a ideia de que muitas modernidades são possíveis, em oposição à ideia fatalista de que só existe uma forma de modernidade: a da sociedade industrial. Assim, a transformação de instituições é inerente nesta radicalização.

A modernização engloba transformações em campos e instituições sociais tais como a racionalidade tecnológica, as estruturas organizacionais do trabalho, o caráter social da biografia individual; ou seja, o modelo global totalitário da nova racionalidade científica (SANTOS, 1998), a inserção de novas tecnologias de flexibilização do trabalho, as biografias individuais marcadas pela destradicionalização de suas estruturas sociais tradicionais (família, papéis sociais, classe social, religião), juntamente com as redes de comunicação mundial, implicam em mudanças paradigmáticas destes campos e da forma de sociabilidade. Isso significa que a medida em ocorrem estas transformações, são configuradas novas possibilidades na estrutura social, em uma mistura composta de novas inseguranças e novas contingências, novos riscos e novas chances, novas exigências e novas liberdades, marcadas pela sociedade de riscos e caracterizada por ambivalências e contradições.

Para melhor entender a modernização, é necessário se debruçar sobre as transformações que ocorreram no interior da modernidade, que antes estavam baseadas no Estado Nacional e nas sociedades organizadas em torno da família nuclear, do sistema de relações industriais. Estas configurações institucionais foram se transformando e não são mais capazes de sustentar princípios de verdade inquestionáveis, fronteiras bem delimitadas entre elas, seguindo em uma lógica do isto ou aquilo. Na segunda modernidade, as fronteiras entre as instituições começam a se dissolver, tornando-se difusas, e a lógica atuante se eclipsa em e/também ou no isto e aquilo. Este contexto é paradoxal, pois as instituições fundantes da primeira modernidade ou da sociedade moderna, tal qual são conhecidas se veem não mais em certezas, mas em um pluralismo de decisões possíveis (IANNI, 2018).

Nesse contexto, passou-se a conviver com os riscos não são somente advindos da natureza, mas principalmente os advindos das ações antropocêntricas, ou seja, o risco autoproduzido, e que fugiu do controle do homem. Na sociedade de risco, o risco tem sido produzido pelo processo de desenvolvimento da ciência, da técnica, e do seu desdobramento na indústria.

Nestas transformações, as dimensões dos riscos se ampliam e estes riscos da modernização - permanentes e produto do avanço industrial - são produzidos em uma dimensão sistêmica configurando consequências não planejadas. Estas consequências escapam do controle das instituições, e estas, ao não conseguirem manejar e resolver tantos riscos, deixam esta tarefa recair sobre os indivíduos. É assim que os riscos transformam os espaços individuais, pois os indivíduos têm o peso de 'responsabilizar-se' pelos riscos sociais de forma particular.

É neste contexto que o tema da individualização retoma a sua importância. A individualização é um processo social de formação e conformação dos indivíduos, sendo historicamente contraditório e estudado pela sociologia, e que assume aspectos mais radicalizados na modernidade reflexiva. Na individualização, o indivíduo se torna referência central das ações no mundo social. Isso significa que os indivíduos emergem enquanto ator, planejador e diretor da sua própria vida, e sua vida se expressa através de suas próprias escolhas. Neste sentido cabe pontuar as diferenças entre individualismo e individualização: o primeiro seria estimulado pelo mercado de livre concorrência adquirindo relevância nas sociedades capitalistas; e a individualização é uma característica estrutural de sociedades modernas, ou seja, um modo de constituição das relações sociais.

Beck (2010) postula uma relação entre o risco, a reflexividade e a individualização. O processo de individualização suplantara, inclusive, os condicionamentos de classe. Concretamente, os indivíduos são desconectados das relações de classe, embora a estratificação

social influa nas percepções sobre o risco, e a gestão sobre os riscos é vivenciada como um fardo existencial e individual. Cria-se, portanto, uma contradição entre a construção social do risco e sua vivência individualizada. E, com a individualização, a reflexividade manifesta-se, via a experiência social com o risco, no comportamento individual.

Outra dimensão da individualização no contexto da modernização reflexiva é o surgimento de riscos e inseguranças biográficas, já que as estruturas sociais internas da sociedade industrial (classes, família, casamento, profissão e carreira, papéis sexuais e de gênero) estão se transformando. A medida que estes referenciais sociais coletivos estão se modificando, os indivíduos têm mais oportunidade de atuação para (auto)configurar sua trajetória à sua escolha.

A individualização assume outras tendências, como a institucionalização e a padronização de condições de vida. Isto significa que os indivíduos se sentem mais “livres” para escolher, e, portanto, mais libertos, entretanto, não estão necessariamente mais emancipados, já que são intimamente dependentes de outras instituições (assistência à saúde, mercado de trabalho, etc), dos bens de consumo, das tendências da ciência. A “libertação” de categorias de classe e família são substituídas por novas dependências, que são amplamente institucionalizadas e padronizadas, como já citadas acima. Assim, a individualização implica na suspensão das estruturas tradicionais, como classe social, e inaugura, pela dinâmica do mercado de trabalho – regulado pelo Estado de Bem-Estar Social –, uma nova configuração de estamento social, mantendo todas as estruturas e os problemas de desigualdade social anteriores (BECK, 2012). Esta nova disposição de classe social não se contrapõe à da sociedade de classes, entretanto, no contexto de individualização a sociedade se estrutura coletivamente pelo indivíduo, que passa a ser o centro, a unidade básica de reprodução social.

Neste movimento, as regulações do Estado (saúde, assistência social, trabalho, educação) acompanham, em larga medida, o processo de individualização, tendendo a se direcionar cada vez mais aos indivíduos. Estes, engajam-se na construção da sua trajetória autobiográfica, pois têm disponibilidade de acessar - via consumo - diferentes estilos de vida; entretanto, esses indivíduos são permeados por uma sensação de desorientação e perda de sentido, diante do leque de possibilidades em que são ‘obrigados’ a escolher e autoconfigurar sua trajetória. Destarte, a individualização pode ser caracterizada por ambivalências e contradições, propiciando ao indivíduo um ganho de liberdade ao mesmo tempo em que o colocam diante de um grande número de escolhas que possibilita, mas também a força a ser mais autônomo.

Na sociedade de risco a questão da saúde adquire relevância e seus problemas vêm desafiando as sociedades e as autoridades a desenhar novas respostas: ao se deparar com novas e diferentes causas de doenças conhecidas e desconhecidas, com um novo vírus ou uma nova bactéria, como por exemplo, a discussão de bactérias hiper-resistentes e a insuficiência de soluções para combater este problema (BBC BRASIL, 2017). A ênfase do debate, de modo geral, é detectar estas novas configurações e estabelecer estratégias para controle e/ou erradicação das doenças (IANNI, 2008b).

O excesso da prevenção direciona hábitos e estilos de vida e se expressa pela responsabilização individual do cuidado à saúde: na realização constante de exames, na pharmaceuticalização (prevenção e tratamento), alimentação saudável, exercícios físicos, entre outros. Assim, vemos as políticas e as práticas cada vez mais direcionadas para o indivíduo, reforçando o processo social de individualização dos riscos. Ao indivíduo cabe realizar e ser responsável por realizar todos esses procedimentos e a assumir riscos sistêmicos e problemas produzidos socialmente como de sua responsabilidade individual.

Os riscos, intimamente atrelados ao conhecimento médico, se tornam também uma atribuição dos indivíduos que deverão avaliar os riscos, sem um conhecimento técnico. Vemos uma nova configuração na relação paciente-médico, em que apesar do médico e seu conhecimento ter um peso fundamental na hora da decisão, a escolha de tomar uma decisão é de autonomia do paciente, implicando em uma liberdade extremamente precária. Isto pode ser visto nas novas estratégias de uso de PEP ou PrEP, em que apesar da avaliação médica, o indivíduo assume o risco das possíveis consequências de suas escolhas.

Apesar da centralidade da questão dos riscos hoje, ainda vemos que as críticas sobre o crescimento da epidemia da aids são interpretadas pela chave da sociedade industrial, ou seja, como aqueles ligados à distribuição de bens. Com isso, a busca de respostas aponta às ações para soluções pontuais: a ampliação de acesso (à serviços, ao cuidado e assistência, ao medicamento) como resolução destes conflitos. Não que estes acessos não sejam importantes mas vemos as postulações de ‘mais acesso, maior incorporação tecnológica, mais regulação e mais Estado’ produzindo mais individualização. Isto sugere uma dependência, cada vez maior, das instituições (de assistência à saúde, informacionais sobre avanços científicos na medicina) já que cada método, que requer acesso e informação, é direcionado para efetivar interesses e escolhas individuais. Deste modo, vemos as políticas cada vez mais orientadas para o indivíduo, reforçando, também, a individualização dos riscos.

Há uma esperança que busca, na atuação institucional, uma mediação dos conflitos sociais, mas que, encontra um vazio no sentido político para lidar com as demandas

contemporâneas. Analisando estes processos à luz da sociedade de risco de Beck (2012) produz-se um leque de novos desafios políticos e institucionais à proteção da saúde, que são radicalmente diferentes daqueles estabelecidos na primeira modernidade (IANNI, 2010), produzindo saúde para necessidades de grupos sociais específicos, dado seus comportamentos singulares.

A tecnociência demonstra seu caráter de aplicabilidade das ciências da saúde em um ritmo de produções e incorporações tecnológicas acelerados. Intervimos na ecologia do processo saúde-doença, sem dimensão das consequências em curso por isto, catalisando a produção de híbridos e riscos (IANNI, 2011). Isso significa dizer que mecanismos biológicos e sociais da doença estão intimamente atrelados, em que o biológico é socialmente produzido refletindo contradições tão caras à reflexão crítica. Esses processos são exibidos na dinâmica das doenças infecciosas colocando em xeque pressupostos da medicina: o de controle das doenças infecciosas, mas que ainda continuam reemergindo e redefinindo, apesar de tanto conhecimento acumulado.

2. RISCO PARA EPIDEMIOLOGIA

A Epidemiologia pode ser definida como uma ciência relativamente jovem, marcadamente relacionada à intervenção técnica no campo biomédico e situada na fronteira entre disciplinas científicas muito diversas em seus objetos e metodologias, com discussões epistemológicas internas que delimitam a problemática de sua identidade, mas que, simultaneamente, garantem sua legitimidade, interesse e particularidade de sua identidade científica (CZERESNIA, 1993).

No âmbito da saúde, o conceito de risco epidemiológico trouxe contribuições importantes na área da epidemiologia. Sinteticamente, o risco epidemiológico pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento relacionado à saúde, estimado a partir do que ocorreu no passado. Para Castiel (2003) risco pode ser objetivado e delimitado em termos de possíveis causas e através de estatísticas estabelecendo nexos, associações e correlações.

A ênfase dada ao conceito de risco na epidemiologia se articulou com as contínuas mudanças da sociedade. Neste sentido, Ayres (1997) buscou compreender as condições de emergência histórica e as implicações práticas sobre o conceito de risco na epidemiologia. No final do século XIX e início do XX, o conceito de risco assumiu um caráter descritivo, ou seja,

uma condição objetiva de grupos populacionais expostos às epidemias e outras condições desfavoráveis de saúde, e que utilizava métodos matemáticos como instrumento auxiliar.

A Epidemiologia descrevia os modos de transmissão e constituiu um modelo explicativo dominante desde o final do século XIX até os anos 50, explorando o comportamento das doenças infecto-contagiosas. Foram com as descobertas de Pasteur, na segunda metade do século XIX, que fundamentaram uma grande revolução conceitual em relação ao processo de adoecimento, muito embora a noção de contágio já existisse anteriormente, ou seja, que microorganismos específicos podem causar patologias específicas. Estas descobertas pareciam apontar para um caminho seguro, em que para cada efeito poderia ser estabelecido por uma causa: os fatores de natureza biológica (GUILAM, 1996).

No pós II Guerra Mundial, o conceito risco passou a designar probabilidades quantificadas de caráter individual à suscetibilidade de agravos à saúde, em função de agentes agressores ou protetores, vinculando-se às ciências biomédicas. Este período marcou a incipiência da epidemiologia do risco, e indicava uma correlação entre fatores individuais e sociais e não mais uma condição populacional. Os estudos passaram a ter um significado associativo, com caráter especulativo entre eventos e causas, utilizando ferramentas matemáticas para validar as categorias do modelo de estudo e garantir uma objetividade definida. Esta estruturação foi crucial no desenvolvimento da epidemiologia de doenças não infecciosas, onde o paradigma do contágio e da transmissão não é aplicável. Não por acaso, neste momento emergiu o preventivismo, com práticas apoiadas nos cuidados individuais e uma releitura dos processos saúde-doença.

Em decorrência destas mudanças, a epidemiologia ganhou estatuto de ciência (AYRES, 1997) e de validade através da consolidação do conceito de risco e estabeleceu como unidade lógica o indivíduo, não buscando a suscetibilidade geral das comunidades em processos específicos, mas a influência de processos gerais em indivíduos específicos. O risco, como elemento central da argumentação, permitiu organizar em torno de si as constatações da epidemiologia.

Pela ênfase nas associações causais entre fatores e efeitos, diversos estudos da medicina, utilizando o método epidemiológico, focalizaram em descobrir os fatores de risco e seus aspectos fisiopatológicos com vistas a intervir sobre os processos em saúde-doença, transformando o sentido de risco. Assim, fatores de risco passaram a ser reconhecidos como o sinal/sintoma, tornando-se uma entidade clínica, incorporada a um perfil patológico específico, e segundo Almeida-Filho “no final do processo, talvez pela inércia do processo de construção

dos discursos em sua essência linguística, aparentemente cumpre-se o ciclo com risco terminando por denotar doença” (1992, p.142).

A relação espaço-tempo foi redimensionada no sentido do adoecer: a identificação de possíveis riscos, mesmo nas pessoas sadias, mediante técnicas sofisticadas de diagnósticos, e a dimensão cronológica, assumiram importância no modelo explicativo de processos de adoecimentos. No discurso biomédico vimos a condição medicalizável se tornar expoente, não só como projeto de estender a longevidade, mas uma medicalização como consumo e instrumento de melhoramento individual, tornando-se parte da condição de bem-estar (BEZERRA JR., 2007).

Epistemologias e os Paradigmas da Epidemiologia

A Saúde Coletiva emergiu na década de 1970 e se formulou em meio à crítica das tradições institucionais de matrizes biomédicas da saúde pública brasileira e convergiram com as novas ênfases nos contextos socioeconômicos e processos de determinação social da saúde-doença. Profissionais de saúde, acadêmicos, partidos políticos e movimentos sociais criaram instituições de ação política e de produção científica cuja base normativa influenciou a agenda de políticas e a construção de conceitos e valores. A institucionalização em estruturas acadêmicas, políticas e nas políticas de saúde é a marca distintiva da Saúde Coletiva brasileira.

Construiu-se um campo híbrido, congregando tanto a produção acadêmica tradicional da biomedicina, da epidemiologia baseada em evidências de estudos experimentais, quanto em novas formas de produção baseadas em abordagens históricas e sociais orientadas à formulação e à implementação de políticas. Conforme amplamente documentado na literatura (NUNES, 2009) o campo da saúde coletiva se constitui por três espaços e formações disciplinares muito distintos: a Epidemiologia, as Ciências Humanas e Sociais, e a Política, Planejamento e Gestão.

Essa diferenciação interna ao campo ocasionou uma tensão epistemológica, notadamente entre os enfoques epidemiológicos-biomédicos e das ciências humanas e sociais, polarizando entre indivíduo e coletivo, biológico e social. Com isto, gerou uma cisão que permeia o processo saúde-doença entre as diferentes racionalidades ciências sociais-ciências naturais, em que o biológico - na esfera das ciências naturais - é do mundo das leis fixas; e o social - na esfera das ciências sociais - é do mundo das transformações e crises (IANNI, 2008c).

A tensão entre conceitos de biológico e social marcou a discussão da Saúde Pública no Brasil. Na discussão do projeto científico da Saúde Coletiva, Stotz (1997, p. 278) afirma que “foi em torno da complexa relação, proposta na tradição científica ocidental, entre objetos distintos do ponto de vista epistemológico - o biológico e o social que os desafios foram postos”.

As críticas ao paradigma biomédico foram tomadas pelas disciplinas da Saúde Coletiva, e em meados da década de 1970, a preocupação sobre os determinantes sociais das doenças ganharam notoriedade na Medicina Social e na Epidemiologia.

A revisão destes referenciais incorporou as ciências sociais na compreensão dos processos saúde-doença encorpando o arcabouço conceitual, que, em sua essência, colocava em xeque a concepção biologicista ao destaque do social.

A introdução da concepção histórico estrutural na saúde marcou a incorporação de categorias que modificaram os marcos analíticos da Epidemiologia. As principais mudanças se deram na substituição de causalidade biológica para determinação social, e assim, a formulação do conceito de processo saúde-doença. Com a inclusão do conceito de determinação social, o princípio da historicidade política, econômica e cultural passou a ser considerado, e permitiu também superar o pensamento linear causal, de bases funcionalistas, abrindo espaço para a compreensão dos contextos complexos e contraditórios (IANNI, 2008c).

O campo da Saúde Coletiva estruturou suas bases, portanto, na crítica ao biologicismo, funcionalista e desvinculado do social (MENDES-GONÇALVES, 1990). A Epidemiologia participou desse movimento construindo um marco teórico social, crítico, próprio, sob as bases de um sujeito coletivo, denominada então de Epidemiologia Social.

O primeiro momento de constituição desta vertente consistiu basicamente em um rearranjo das explicações causais proporcionadas pela Epidemiologia clássica. Ao se constatar que a atomização, a homogeneização, a dissolução e a naturalização do social sob a forma de “fatores causais” servia para obscurecê-lo, parecia óbvia a consequência de examinar tais fatores enquanto fatos sociais dotados de sentidos, e articular uma explicação sociológica dos “fatores causais” com a explicação epidemiológica de causação das doenças. Em um segundo momento, ocorreu uma invasão parcial do núcleo de investigação epidemiológica por categorias essencialmente sociológicas (MENDES-GONÇALVES, 1990).

Neste sentido as contribuições da Epidemiologia Social trouxeram uma reflexão sobre a ótica individualizada dos modelos metodológicos de risco tradicionais, demonstrando como o processo saúde-doença tem, efetivamente, um caráter histórico e social. A literatura desta vertente da epidemiologia tem vasta obra de autores como Laurell, Breilh, Samaja, entre outros, e de modo amplo, conceitualizaram a ideia de determinação articulando-a com outros processos sociais.

As razões do (re)aparecimento desta polêmica devem ser buscadas tanto no desenvolvimento da medicina como na sociedade com a qual ela se articula (LAURELL, 1982). O principal motivo que deu origem ao questionamento do paradigma médico-biológico foi

interno à própria medicina, qual encontrava dificuldade de gerar um novo conhecimento que permitisse a compreensão dos principais problemas de saúde que afligiam os países industrializados: as enfermidades cardiovasculares e os tumores malignos. Além disso, emergia uma crise da prática médica, especialmente no cenário latino-americano, em que a medicina clínica não oferecia solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, fato que se demonstrou ou na estagnação dessas condições em grandes grupos ou na sua franca deterioração.

Apesar de ter incorporado aspectos sociais à construção do objeto saúde-doença, a Epidemiologia Social deu relevância a um aspecto do social. O conceito hegemônico de social foi relativo às noções de estrutura, modo de produção, potencial de desenvolvimento, o aparelho de estado e as políticas estatais e as condições de vida da população e a reprodução das condições de classe. Ou seja, isto significa que “os conceitos de biológico e social a partir dos quais se construiu a crítica ao objeto biomédico, são os biológicos e os sociais instituídos pela divisão científica e disciplinar com bases no saber do século XIX” (IANNI, 2009, p.1032).

A formulação do conceito de determinação social foi construída sem que se aprofundasse a crítica à concepção mesma de biológico, que, mesmo destacando a relevância do social no processo saúde-doença, manteve o conceito de biológico intocado, desconsiderando sua determinação e construção histórica. Como o conceito de biológico permaneceu ileso - a partir de visão de concepção epistemológica - o componente do social foi apenas incorporado ou agregado, sem uma revisão ao conceito que faz crítica.

Este fato marcou amplamente o debate sobre biológico e social que prosseguiu, em que mesmo com imenso avanço na incorporação dos determinantes sociais dos processos saúde-doença, não ocorreu na mesma medida um aprofundamento da discussão sobre o caráter histórico-social dos fenômenos biológicos em si. O que vemos é uma disciplina que, em certa medida, se torna refém do objeto clínico biomédico, sem mergulhar na crítica ao biológico e aos atributos do social a ele inerentes (IANNI, 2009).

No bojo da discussão do social na epidemiologia, além dos tópicos já abordados, a noção de fator de risco também se faz presente. A maioria dos fatores de risco identificados como de natureza social - tais como “hábitos” (alimentação, lazer, exercício, fumo, álcool, etc), o consumo de determinados bens ou serviços, a exposição a poluentes químicos ou físicos, etc - são transformados em um conjunto inestruturado de fatores que provocam consequências sobre os indivíduos de uma vida social que se desenvolve exteriormente a eles. Ou seja, o social não se torna propriamente inatingível, mas alvo de intervenções tópicas, possíveis em algumas circunstâncias e não em outras, sem que se levante a possibilidade de discussão de que se trata

de decorrência da própria racionalidade da reprodução social. Isto configura a capacidade de instrumentalização em que não se considera o social estruturado e substantivo que se oculta por trás do social atomizado e “natural” incorporado no modelo hegemônico, o que demonstra a dimensão social concebida da saúde e da doença sob a forma de atributos individuais (MENDES-GONÇALVES, 1990).

Importante lembrar que a Epidemiologia só se constituiu enquanto disciplina científica após a sistematização do conceito de doença, assim, seu objetivo se estruturou por referência ao saber clínico. O marcante este entrelaçamento entre estas duas disciplinas é encontrado na fonte de determinante do objeto da Clínica, localizável no campo epidemiológico, e na definição do objeto epistemológico, subordinado ao campo da Clínica (ALMEIDA-FILHO,1992). A construção do objeto epidemiológico inicia-se no determinante epidemiológico – ou configuração do risco – que incide sobre dado coletivo ou população, produzindo um subconjunto de doentes ou potencialmente doentes, especificados a partir da perspectiva clínica. Isso significa que a Epidemiologia aborda o coletivo a partir da produção da doença clínica, configurada a partir do indivíduo.

A Clínica e a Epidemiologia encontram-se vinculadas epistemologicamente. Ambas tratam de corpos sociais: enquanto a primeira se refere ao sujeito considerando suas particularidades, a segunda aborda o coletivo e busca generalidade. A atuação individualizada da prática clínica não deixa de ser uma intervenção sobre corpos sociais por tratar de um sujeito determinado historicamente e socialmente (ALMEIDA-FILHO,1992).

O modo pelo qual a clínica opera reduções sobre o indivíduo doente, na busca da constituição de um conceito positivo de doença, teve impacto nas delimitações das relações do indivíduo, e por seu próprio fundamento, a individualização dos casos. Isto expressa que a clínica procede a uma redução ao biológico, não apenas enquanto recurso metodológico, mas também enquanto prática de intervenção (MENDES-GONÇALVES, 1990).

Em torno da década de 80, um outro movimento ocorre nos estudos epidemiológicos ganhando destaque: Epidemiologia Clínica ou Medicina Baseada em Evidências, estabelecendo inter-relações entre a clínica e a epidemiologia. Barata (1996) aponta que a Epidemiologia Clínica pretendeu superar os impasses da clínica e da epidemiologia, sugerindo uma releitura nos imperativos da abordagem individual, obscurecendo o caráter social, próprio da disciplina.

A epidemiologia clínica apareceu como síntese entre dois campos da clínica e da epidemiologia, retendo de um o objeto e de outro o método, respectivamente. Mas, utiliza em seu discurso um tom ambíguo: recusa a experiência acumulada pela clínica por considerá-la não científica e não moderna, e, até certo ponto, recusa também o conhecimento produzido pela

epidemiologia tradicional, retendo dela apenas os principais instrumentos e métodos de investigação (BARATA, 1996). Ao se apresentar como a face científica da medicina clínica e como a versão naturalizada da epidemiologia, a epidemiologia clínica se coloca em um papel ideológico de delimitação daquilo que pode ou não pode ser objeto de investigação científica no campo da saúde e da doença, ainda, de que maneira tal objeto pode ser abordado e manejado tecnicamente.

Esta indicação da dimensão ideológica da epidemiologia clínica não pretende negar as possíveis contribuições que a mesma possa ter trazido para a prática da investigação científica no campo da clínica médica. Os conhecimentos produzidos nas questões relativas à validação de procedimentos diagnósticos, eficácia de técnicas de intervenção e ao estabelecimento de prognósticos estão modificando de maneira significativa a prática clínica. O que se quer evidenciar aqui é o caráter ideológico de tal movimento, que se apresenta, simultaneamente, como capaz de conferir maior “cientificidade” aos conhecimentos empíricos da clínica e aos conhecimentos “excessivamente” contaminados pela sociologia na epidemiologia.

Entretanto, reduzir a investigação epidemiológica aos estudos de eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aplicados a grupos de pacientes, faz com que a epidemiologia clínica opere sua redução mais significativa na realidade, excluindo do campo médico os estudos em que o caráter social do processo saúde-doença possa ser evidenciado (BARATA, 1996).

Cabe destacar, após esta breve retomada histórica da produção do conhecimento epidemiológico que, mesmo com as modificações radicais pelas quais passou a epidemiologia, não houve uma ruptura epistemológica na produção desse conhecimento. Ou seja, apesar das tentativas de tornar a epidemiologia ‘mais social’, sua estrutura, conceitos e práticas ainda estão voltadas à questão do biológico e amparada pelas biotecnologias. Ainda, a ideia de um social como uma esfera autônoma e que a natureza no caso a biologia, é sua subordinada (COSTA & COSTA, 1990). Esta postura provocou um distanciamento da crítica científica em pensar a tradição instituída da clínica como objeto em si, assumindo a compreensão do biológico como uma realidade externa e imutável, portanto, fora das interrogações da teoria do conhecimento sobre o social e o biológico.

Na tentativa da construção do social na Epidemiologia, desenvolveu-se uma vastíssima discussão sobre a Saúde e a Doença, em sua manifestação biológica. Nesse construto, o biológico adquiriu uma especificidade de fenômeno mínimo aplicado na noção de “biologismo” (MENDES-GONÇALVES, 1990). A situação implicada parece ser, então, reposicionar o marco da determinação biológica e social, e recolocar o que é entendido por

biológico e por social pela Epidemiologia. Este construto é marcado pela antinomia social-biológico(natureza) e pode ser desmembrado em individual e coletivo. É assim que “a Epidemiologia encontra no social societário, em oposição a um biológico ‘biologicista’, a explicação do processo saúde-doença” (IANNI, 2008 p.39).

A adoção de risco como conceito inerente à epidemiologia trouxe em seu bojo tensões sobre a saúde individual e coletiva, modelo biomédico e o da determinação social da doença. Convivemos assim com suas ambiguidades e nesse sentido, problematizar de que modo o conceito de risco permanece presente na sociedade, mas levando em consideração as transformações sociais, merece uma problematização importante.

3. RISCO PARA COMPREENDER A EPIDEMIA DA AIDS

O pensamento científico moderno incorporou o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis. O conceito de risco é central na sociedade moderna e adquire diversos significados seja na estatística ou na matemática, seja na economia ou na epidemiologia. Apesar disto, na atualidade há um consenso que se antes o risco era visto como uma fatalidade, agora é possível controlá-lo mediante o conhecimento e as tecnologias.

Conceitualmente o risco configura como uma forma presente de descrever o futuro sob o pressuposto de que pode decidir sobre o futuro desejável. A dimensão temporal marca o conceito de risco e permite que a intervenção seja uma saída possível para o controle de situações danosas no futuro (CASTIEL, 2003).

A incorporação do risco foi fruto de transformações sociais e tecnológicas, em que dimensões sobre o cálculo e pensamento probabilístico ganharam notoriedade e expandiram o modo de ação do homem no meio ambiente. Assim, a identificação de potenciais efeitos adversos, a estimativa da probabilidade vai dar a base para a magnitude de cálculo de riscos e análise de riscos nas disciplinas relacionadas à estatística, engenharia e economia; e mais recentemente, a percepção de risco e a comunicação do risco (SPINK, 2001).

Nas abordagens de risco, sob ponto de vista da ciências sociais, é possível averiguar três diferentes posições segundo Lipton (1999 APUD CASTIEL, 2003): a posição realista, em que o risco é um perigo, uma ameaça objetiva independente dos processos sociais e culturais, mas que pode ser afetado e enviesado por arcabouços interpretativos sociais e culturais, e cuja postura é assumida pela epidemiologia e grande parte das ciências cognitivas de percepção do risco; a segunda posição é a construcionista ‘fraca’, em que o risco é um perigo e

inevitavelmente mediada por processos sociais e culturais, não podendo ser vista separada destes processos, cujo expoentes são as perspectivas da sociedade de risco/estruturalismo crítico de Ulrich Beck e perspectiva culturalista/estruturalismo funcional de Mary Douglas; e por último, a posição construcionista ‘forte’ em que nada é tido como um risco em si, o que entendemos como perigo/ameaça é um produto do ‘modo de olhar’ socialmente, historicamente e politicamente contingentes, sendo um cujo expoente principal são as perspectivas de governabilidade com autores foucaltianos e pós-estruturalismo.

Para este estudo, partiu-se da análise sobre as concepções de risco em saúde, em especial, sobre risco epidemiológico; e considera-se, na abordagem das ciências sociais sobre risco, a teoria de Ulrich Beck não como apenas descritiva, mas sim uma teoria que dialoga com profundas transformações da modernidade relativa à sociedade de risco.

A construção de modelos de análise do risco epidemiológico é vista com primordial na atividade científica. Estudos voltam-se tanto para a determinação causal das doenças quanto para a avaliação de tecnologias em saúde, no intuito de embasar a incorporação e a continuidade da utilização de procedimentos técnicos na área da saúde. Identificar os riscos e reduzi-los faz parte da prevenção à terapêutica das doenças.

Mais do que nunca, a compreensão sobre saúde depende de parâmetros científicos e claramente estabelecidos. Os avanços nas pesquisas com os estudos genéticos abriram a possibilidade de um horizonte ilimitado de possibilidades terapêuticas e prevenção das mais diversas enfermidades, reforçando a ideia de saúde perfeita e mapeamentos dos riscos individuais e populacionais. A ciência permitiu um aprimoramento de técnicas e aplicação de tecnologias informacionais e de bioestatísticas direcionando a ação sanitária para controlar riscos (CAPONI, 2003).

Na modernidade, a ideia de saúde, prevenção e risco estão intimamente ligadas: para preservar a saúde deve-se minimizar riscos por ações de prevenção. Neste sentido, as políticas de prevenção abarcam a ideia de minimizar a exposição à riscos desnecessários, e se detêm na gestão dos riscos, isto é, na identificação dos efeitos adversos e nos modos de evitá-los.

O risco se mede pela correlação de critérios associados: alguns são critérios médicos e outros sociais (CAPONI, 2003). Assim, quando se questiona, por exemplo, sobre risco de infecção de HIV pelas relações sexuais, aparecem diversos fatores pelo cálculo de risco: qual tipo de prática sexual, uso ou não de preservativo, sua identidade de gênero e orientação sexual, idade e uso de drogas, interagindo com de tecnologias de mídia e aplicativos de smartphones, como o site “A hora é agora” e o aplicativo “Tá na mão”.

O conceito de risco foi amplamente utilizado na área de saúde nos últimos 30 anos e foi identificado por Hayes (1992 APUD LUIZ, 2006) como três tipos nesta literatura: Risco Individual, Abordagem ou Estratégia do Risco e Análise do Risco, em que a difusão sobre o conceito se torna cada vez maior, e envolvendo atributos exclusivamente individuais, uma mescla entre individuais e sócio ecológicos e outros mais genéricos, respectivamente. O Risco Individual (Health risk appraisal – HRA) trata do cálculo do risco pessoal derivado a partir de estudos epidemiológicos e estatísticas vitais. São referentes a características pessoais: história familiar, estilo de vida e hábitos, e tem por objetivo estimular a mudança de comportamento tidos como ‘de risco’ para redução da mortalidade precoce. Já a Abordagem do Risco (Risk Approach – RA) ou Estratégia de Risco trata de uma abordagem para maximizar a alocação de recursos – defendida pela OMS no contexto do Programa Materno Infantil – para garantia de atenção na área da saúde aos grupos menos favorecidos, nos serviços públicos dos países menos desenvolvidos. E a terceira vertente da literatura, chamada de Análise do Risco (Risk analysis/assessment/management – RAM) trata de pesquisas que abordam o perigo no uso de tecnologias, segurança de produtos, percepção do público sobre riscos.

Estas abordagens desvelam os interesses sobre o uso de risco no contexto da saúde, mostrando a variação do conceito e identificando as concepções de saúde, sociedade e ciência por detrás cada abordagem. Assim, podemos verificar na estratégia de Risco Individual uma noção de indivíduo como responsável pela mudança no seu estilo de vida para diminuição de riscos em saúde. O risco individualiza-se por um autogerenciamento, ou seja, a partir de informações suficientes, as pessoas modelem seu comportamento a eliminar os riscos e alcancem uma saúde/vida plena (SPINK, 2003).

Neste panorama de conceitos em saúde, o risco epidemiológico se configura como um conceito operacional com uma definição estritamente técnica (ALMEIDA-FILHO,1992). Nessa proposição, risco epidemiológico repousa sobre três pressupostos básicos: o primeiro é a identidade entre o possível e o provável. Ou seja, a possibilidade de um evento pode ser reconhecida na sua probabilidade de ocorrência, constituída como unidimensional e quantificável. Deste modo, o conceito de risco traz no seu bojo uma proposta de quantificação dos eventos saúde-doença. O segundo pressuposto consiste na introdução de um princípio de homogeneidade na natureza da morbidade, ou seja, as particularidades dos eventos se retraem perante uma dimensão unificadora, resultando em uma unidade dos elementos de análise propiciada pelo conceito de risco. As diferenças expressas pela singularidade dos processos concretos saúde-doença desaparecem no conceito unidimensional de risco, permitindo a aproximação e apropriação próprias do discurso epidemiológico. E no terceiro pressuposto

destaca-se o postulado da recorrência dos eventos sequenciados, implicando a expectativa de estabilidade dos padrões de ocorrência seriada dos fatos epidemiológicos. É através deste pressuposto que se justifica o conceito de risco em modelos de prevenção, propondo o conhecimento dos seus determinantes para intervir no processo, buscando a prevenção do risco.

Estes pressupostos revelam que o caráter indutivista da Epidemiologia dada a natureza das expectativas generalizadoras embutidas no conceito. O risco é produto do campo epidemiológico, pela observação sistemática de uma série de eventos. Esse conceito opera na via da predição, que guarda uma ambiguidade dado suas vias da predição tanto no tempo quanto no espaço (ALMEIDA-FILHO,1992). Enquanto uso na predição no tempo, o risco de uma doença, por exemplo, pode ser enunciado em uma dada população empregando sucessivas observações pregressas para o momento presente ou futuro. Por outro lado, enquanto aplicação na predição no espaço, extrapola-se uma série de observações em populações estudadas para populações não estudadas, sendo que a pretensão de predizer - com auxílio de análises estatísticas - qual será o risco de uma certa doença na população, não foi incluída na observação.

Cabe esclarecer que, para os fundamentos do rigor na epidemiologia, risco enquanto preditor temporal e espacial é considerado um preditor verdadeiro e um pseudo-preditor, respectivamente. Essa consideração para além das implicações internas a própria ciência da Epidemiologia, nos leva a considerar as ambiguidades na escolha de um significante, que representa um conceito chave dentro da própria disciplina, como a sendo de mais valia a própria ambiguidade que representa.

O que interessa ressaltar é que risco epidemiológico se situa no âmbito das populações, dos coletivos humanos, sendo no decorrer da evolução do seu conceito dentro da própria Epidemiologia vai adquirir um outro sentido na Epidemiologia Clínica.

Biologia-natureza do HIV e algumas considerações

O HIV tem complexidade bioquímica de um composto de proteínas e uma unidade de informação, denominada RNA viral, que necessita de nossas células (as células mais atingidas são os linfócitos T CD4+) e/ou líquidos (sangue, líquido seminal e vaginal, e leite materno) para ser seu suporte e transporte. Existem dois subtipos de HIV (1 e 2), sendo o subtipo 1 o de maior diversidade e sobre o qual há maior concentração de estudos científicos (PINTO & STRUCHINER, 2006). O HIV é denominado de retrovírus, ou seja, transmite informação ao contrário, do RNA para o DNA. Embora mais simples que os vírus comuns, são mais difíceis de ser combatidos e alojam seu DNA nas células atacadas, de forma que novas células

produzidas por elas passam a também portar o vírus, o que os torna ainda mais plásticos, econômicos e adaptáveis (BBC BRASIL, 2019).

A capacidade de infecção de um organismo pelo HIV depende dos fatores de riscos biológicos e comportamentais. Os riscos biológicos estão atrelados à concentração do HIV no fluido biológico (quanto maior a concentração, maior o risco), a integridade e a vulnerabilidade da mucosa (anal, oral e vaginal) e/ou da pele (acidentes com exposição de sangue), assim como a duração da exposição ao vírus. A transmissão desse vírus pode ocorrer pelo ato sexual, pelo sangue ou de modo vertical - de mãe para filho, por meio de uma infecção durante a gestação, perinatal, pós-natal ou durante o aleitamento.

A evolução da infecção pelo HIV é influenciada por fatores virais e pelo hospedeiro. Os fatores virais estão relacionados ao subtipo circulante, tropismo, citopatogenicidade, antigenicidade e mutações no genótipo viral que induzem a resistência às drogas utilizadas na terapêutica atual. Neste contexto, os padrões de variabilidade de sequências genômicas do HIV-1 podem ser utilizados como marcadores genéticos para avaliar a tendência da evolução da infecção e a eficácia terapêutica.

O fenótipo viral é importante quando se considera o prognóstico da infecção. No entanto, o prognóstico da infecção pelo HIV se encontra na dependência de alguns fatores, entre eles o tratamento antirretroviral (GROTTO&PARDINI,2006). Atualmente o tratamento antirretroviral vem sendo realizado por duas classes de drogas: os inibidores de transcriptase reversa e os inibidores de protease; o que significa, em resumo, que a lógica do tratamento é que cada composição da medicação atua em um processo da multiplicação viral, impedindo-o ou dificultando-o.

O esquema terapêutico do paciente pode se mostrar ineficaz e conduzir à falência terapêutica, caracterizada pela elevação da carga viral plasmática. A falência está associada a vários fatores como adesão ao tratamento, fatores farmacológicos, condição imunológica do hospedeiro e resistência às drogas. Quando se considera a resistência, a nomenclatura tipo selvagem (wild-type) é utilizada para a cepa viral não selecionada pela terapia utilizada. Estas modificações podem ocorrer tanto em pacientes em tratamento quanto naqueles que não se encontram em tratamento. No entanto, o aparecimento de uma quantidade superior à esperada de vírus mutantes deve-se a dois fatores: replicação viral persistente e pressão seletiva realizada pelo esquema antirretroviral utilizado (GROTTO&PARDINI, 2006). Nesse contexto, os testes de resistência - como a genotipagem e a fenotipagem - se tornaram fundamentais e utilizados nos casos de falência terapêutica de um determinado esquema antirretroviral e parte integral do acompanhamento de um paciente infectado com o HIV.

Por outro lado, na evolução da infecção há fatores relacionados ao hospedeiro, ou seja, ao portador do HIV, que incluem o genótipo HLA (sistema antígeno leucocitário humano ou sigla em inglês - Human leukocyte antigen), a produção de anticorpos neutralizantes anti-HIV e a presença de mutações genéticas que dificultam a interação do vírus com a célula hospedeira. O perfil HLA de indivíduos é relacionado com a transmissão, a proteção, a suscetibilidade e a progressão da infecção.

Muitos estudos associam os alelos HLA com a transmissão do HIV-1 (JUST,1995 APUD GROTTTO&PARDINI, 2006). Existem consideráveis evidências da presença de indivíduos expostos ao vírus que não soroconverteram ou não exibem nenhum sinal de infecção, o que sugere que, em alguns casos, a imunidade inata pode proteger indivíduos expostos e que os linfócitos T CD8 podem ser responsáveis por essa proteção.

Mutações genéticas também podem exercer efeito protetor e retardar ou evitar o aparecimento da aids. Dessa forma, análises de sequências do vírus e do hospedeiro podem ser utilizadas para avaliar o risco de progressão da doença e o aparecimento da aids (GROTTTO&PARDINI, 2006).

Esses estudos sobre a biologia do vírus revelam que transformações pela ação humana como a introdução da terapia antirretroviral marcam uma contradição: a ação humana na natureza/biologia produz uma nova forma social a biossociedade (RABINOW, 1992 APUD IANNI, 2009). Ou seja, as práticas biotecnológicas rompem os contornos do paradoxo moderno natureza/sociedade. Segundo Rabinow, a biossociedade é cultura construída com bases na metáfora da natureza. É nesse contexto que a natureza-biológica é moldada na cultura, e se torna uma prática social, sendo que o duplo natureza/cultura se mesclam, pois, o natural pode ser conhecido e produzido pela técnica, tornando-se agora artificial.

As práticas preventivas modernas estão voltadas à busca e à identificação de riscos, não mais no sentido de perigos específicos e concretos de um grupo, mas no sentido da composição de fatores impessoais que tornam o risco provável. Prevenção se alinha à prática da vigilância, e antecipa possíveis perigos potencialmente identificáveis através de dados estatísticos, em uma relação de normalidades e significados abstratos que descontextualizam a inserção social dos indivíduos, nas suas experiências históricas e relacionais. Não se trata do que alguém é, mas sim dos comportamentos individuais que podem colocá-lo em situação de risco.

Rabinow incorpora a crítica ao conceito de risco, proposta por Castel, à sua concepção de biossociedade. Se consideramos e concordamos que a natureza é moldada pela cultura, a prevenção se transforma em probabilidade do risco, configurando-se em práticas sociais, dentre elas as biotecnológicas. Aqui o sequenciamento genético eleva ao status de fenômeno social,

que pela identificação dos genes, atua-se sobre a probabilidade de ocorrência de doenças e anomalias através da lógica de normalidade bioquímica, morfológica e quantitativa. Na biossociedade prepara-se para o risco, criando, concomitantemente, a “extinção” da natureza (IANNI, 2009).

Na tentativa de evitar o perigo, monitora-se a probabilidade de risco. O risco, enquanto enfoque moderno da previsibilidade e do controle das consequências futuras da ação humana, se expande para além de todos os limites, penetrando os processos sociais. É neste movimento que o risco se torna protagonista da sociedade (BECK, 2010).

A manipulação do homem nos diversos processos da natureza-biologia, na tentativa de conhecer e extrair os riscos carrega consigo propriedades ambíguas, já que implica tanto a urgência em dominar e disciplinar o selvagem e o perigo, quanto o imperativo em melhorar e desenvolver propriedades orgânicas já existentes. Neste contexto, é preciso repensar qual a aceitabilidade de alterações e suas consequências, que enquanto sociedade, estamos preparados para aceitar.

Entretanto, cabe minuciar que nossa exposição não é igual e que diferentes graus de vulnerabilidade podem nos tornar mais ou menos expostos a certos riscos, socialmente produzidos ou “naturais”. É neste sentido, que a discussão sobre vulnerabilidade, dada a sua centralidade no contexto do HIV/Aids é pertinente.

4. RISCO NAS POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS

Como ressaltado na introdução, a ideia não é realizar um resgate histórico da política de HIV/Aids, mas o que se propõe é compreender sob que pilares políticos e sociais estão estabelecidos essa política.

A epidemia da aids inaugurou uma nova forma de construir políticas públicas no Brasil diante de eventos de saúde coletiva (MARQUES, 2002). A aids é uma doença política e sua politização é inédita na história das doenças. Investigar as causas desse fenômeno da aids não será objeto desse texto. Entretanto, temos como levantar a hipótese de que este fenômeno relevou as relações entre marginalidade, doença e resistência política (PERRUSI, 2012).

É notório que a percepção social sobre o vírus mudou, consideravelmente, nesses últimos dez anos com os avanços no tratamento e na cronificação da doença. Cabe lembrar que o significado da ‘cronificação’ é hoje objeto de disputas entre atores sociais diversos, desde grupos sociais marginalizados, ao movimento social com as ONGs levantados pela pauta da aids e das sexualidades, à academia e o campo da saúde coletiva. Com isto, reconfigurações

simbólicas e práticas sociais vem se transformando, pois, atualmente, viver com o HIV é uma experiência de longa duração (PERRUSI, 2012). O primeiro efeito pode ser visto na própria experiência social da aids, antes vivenciada como morte iminente, agora vista como passível de tratamento. Este fato implica em um aumento na expectativa e na qualidade de vida do portador do vírus, mas também impacta na responsabilização do portador, que agora pode ser negociada e até imposta.

De certo modo, a medicalização individualiza ainda mais a experiência da de viver com o HIV, tanto pela responsabilização feita sobre o portador para uma adesão correta e para tornar-se indetectável, como pelo silêncio em torno dos problemas decorrentes do uso de remédios, tornando os efeitos colaterais um assunto cada vez mais privado. Ainda, vemos um discurso ufanista com o ‘fim da aids’, esquecendo que a cronificação faz parte da nova face da doença, gerando inclusive novos sofrimentos físicos e existenciais.

Considerando as particularidades estruturais e conjunturais do país, a autora Jane Galvão (2000) desenvolveu a tese da existência de uma “aids brasileira”, o que significa considerar que o vírus contém uma ‘história natural’, mas também é marcado por fatores políticos e econômicos, pelas relações sociais das diferentes sociedades (MISKOLCI & PELÚCIO, 2009).

Desde o início da epidemia da aids, o estímulo ao uso do preservativo tem sido a principal estratégia empregada para a prevenção da infecção pelo HIV no Brasil. Esta estratégia vem se modificando na medida em que outras, comportamentais e de tecnologias biomédicas, foram sendo incorporadas. Atualmente, emerge novas diretrizes de prevenção, em que diversas medidas comportamentais e biomédicas estão sendo incentivadas, oferecidas e utilizadas de forma combinada, no sentido de prevenir a infecção pelo HIV, conhecida como Prevenção Combinada (CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS, 2017).

Considerando as estratégias oficiais do Ministério da Saúde (2017), a Prevenção Combinada deve ser vista sob três aspectos: primeiro como uma combinação de diferentes estratégias comportamentais e/ou biomédicas de prevenção, a considerar o seu uso de acordo com a realidade e a possibilidade das pessoas, bem como a autonomia da escolha, ou seja, o pressuposto de que as pessoas são diversas e que têm diferentes experiências, condições de vida distintas, diferentes relações, e passam por diversos momentos em suas vidas; segundo, por uma legislação de suporte, com compromisso político e financeiro a fim de garantir a sua efetivação, tais como: políticas públicas visando a implementação, acolhimento, informação e acesso aos serviços de saúde, o enfrentamento do estigma, da discriminação e da violência às

populações-chave; e terceiro, por insumos de prevenção cancelados por evidências científicas e diretrizes baseadas e orientadas pelos direitos humanos.

O Ministério da Saúde (2017) define “Prevenção Combinada do HIV” como:

“Uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus.” (p. 18).

Considera-se que as intervenções biomédicas são aquelas cujo foco está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, ou seja, são ações que impedem a transmissão pela interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus em seu organismo e demais pessoas que não o possuam. O princípio se baseia na aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do vírus, que, a partir de evidências científicas, demonstraram os potenciais riscos de infecção: relações sexuais desprotegidas (sem uso de preservativo) e demais contatos com material biológico contaminado pelo HIV (contato de pele não íntegra com sangue ou com fluidos sexuais com vírus). Duas estratégias são indicadas em algumas situações para indivíduos não infectados pelo HIV: a PREP e a PEP, diferentes pelo momento em que a medida de prevenção é adotada (antes ou depois do evento de exposição ao vírus, respectivamente) e pelo tempo de ingestão da medicação (a PREP é de uso contínuo e a PEP tem prescrição de 28 dias). Ambas as estratégias têm sido alvo de diversos estudos nacionais e internacionais com diferentes populações (CHEQUER, 2010) a fim de verificar seu potencial preventivo e efetividade.

Além dos clássicos métodos de barreira com o uso dos preservativos feminino e masculino, destaca-se a ênfase em questões de saúde sexual, já que a presença de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) pode predispor ao risco para a aquisição do HIV. Assim, o tratamento de ISTs é entendido como estratégia fundamental na prevenção do vírus. Nesse sentido, o incentivo à imunização de Hepatite B e HPV também se combina às estratégias para diminuir a possibilidade de infecção ao HIV, já que a presença no organismo de uma ou mais ISTs acresce à exposição da infecção ao HIV por ser uma “porta de entrada” mais fácil e deixar o sistema imunológico mais fragilizado.

Além destas, há uma ênfase na estratégia de prevenção TcP, derivação adotada pelo Ministério da Saúde com base na sigla “TasP” (*Treatment as Prevention* – tratamento como prevenção). Esta estratégia tem como objetivo a ampliação do tratamento com antirretrovirais a todas as pessoas que vivem com HIV para uma melhor qualidade de vida, já que o medicamento age como uma barreira de contenção à multiplicação dos vírus diminuindo a quantidade de vírus em circulação no organismo e também melhora e/ou estabiliza a imunidade.

Esta estratégia também implica, por consequência do uso dos antirretrovirais, em um impacto na cadeia de transmissibilidade do vírus: com menor quantidade de vírus circulante no organismo, estas pessoas pouco ou quase nada transmitem em suas relações sexuais (a principal via de transmissão) e, assim, há uma menor chance dos parceiros sexuais destas pessoas se infectarem. Estas proposições estão sendo reiteradamente corroboradas por evidências científicas (COHEN ET AL., 2016 APUD MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Estudos acadêmicos baseados em modelos matemáticos comprovaram a redução da transmissibilidade do HIV através do uso dos antirretrovirais de forma consistente pela estratégia TcP considerando o uso contínuo e sem interrupções (GRANGEIRO ET AL., 2015). Tais resultados impulsionaram o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (UNAIDS) a dispor sobre a eliminação da epidemia até 2030, sendo estabelecida a meta “90/90/90”, ou seja, atingir 90% de cobertura da testagem nas pessoas infectadas para saber seu diagnóstico, e destas pessoas diagnosticadas, 90% delas estarem em tratamento efetivo (uso consistente e contínuo dos antirretrovirais), e destas em tratamento, 90% delas estarem com a carga viral indetectável. A fim de estabelecer metas, foi lançada pela UNAIDS, em 2014, a Declaração de Paris, documento que compromete os países signatários com a ampliação dos esforços nas suas ações de enfrentamento à epidemia (UNAIDS, 2014). Para tal feito, é necessária a universalização do acesso à testagem do HIV, superando estigma, preconceito e exclusão das populações vulneráveis, e também o tratamento imediato a todos os indivíduos infectados pelo vírus. Não por acaso, essa estratégia se operacionaliza mediante o binômio “testar e tratar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em face deste contexto, o Ministério da Saúde brasileiro atuou em duas frentes: por um lado reforçou a descentralização da oferta de testagem em toda a estrutura do SUS, e por outro, em 2013, modificou os protocolos clínicos de tratamento (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção do HIV/Aids em Adultos - PCDT), antecipando o início da terapia com antirretrovirais (TARV) para todos os indivíduos diagnosticados com o vírus, independentemente de sua contagem de células de LT-CD4+.

É neste sentido que a estratégia TcP ganhou protagonismo e sua ampla disseminação contou tanto com os novos recursos biotecnológicos de testagem (teste rápido e teste via fluido oral) quanto com as estratégias de ampliação dos locais de testagem para além dos serviços de saúde. Assim, domicílios, ONGs e locais de sociabilidade e interação sexual, tornam-se alternativas para realizar o teste em horários ampliados. Trata-se de uma estratégia em que o uso de medicamentos rege o tratamento individual e configura o modo de pensar sobre

prevenção. Esta perspectiva aponta para uma nova lógica centrada na identificação e no tratamento das pessoas infectadas.

A expansão desta estratégia vem recebendo fortes críticas, em parte decorrente das diferentes técnicas dos modelos matemáticos, que são divergentes quanto ao declínio da incidência; em parte porque os estudos apontam diferentes resultados, por exemplo: um estudo, ao analisar países como França, Austrália e EUA que têm boa estrutura de saúde, elevadas taxa de testagem e com início imediato da TARV após o diagnóstico, foi constatado que apesar do declínio a curto prazo nas taxas de incidência do HIV, estas taxas permaneceram elevadas ou voltaram a crescer pós-TARV. Um outro estudo, apontou para o limite dos efeitos populacionais do TcP e que este está relacionado a aspectos extrínsecos e intrínsecos ao método: como o aumento das práticas desprotegidas pela população, independentemente de novos métodos preventivos (WILSON, 2012 APUD GRANGEIRO ET AL., 2015); e também pelo direito de pessoas infectadas não iniciarem o tratamento, seja por motivações individuais, seja por receio dos efeitos adversos e dos encargos do tratamento (CHARURAT ET AL., 2015 APUD GRANGEIRO ET AL., 2015).

No que diz respeito às abordagens comportamentais, estas estão referidas em intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar a exposição ao risco de infecção pelo HIV. O objetivo é ofertar um amplo conjunto de informações e conhecimentos aos indivíduos de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias pessoais de enfrentamento ao HIV/Aids, visando uma melhoria na sua capacidade particular de gerir os riscos. Assim, visa o aprimoramento das pessoas em suas percepções quanto ao entendimento e à mensuração dos riscos que vivenciam em termos da exposição ao vírus, riscos estes que estejam relacionados às suas práticas cotidianas, sejam as práticas sexuais, o uso de drogas ou outro comportamento que implique em potencial infecção pelo vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Destaca-se, nesta estratégia, a oferta da testagem e o incentivo à testagem, já que o número de pessoas com HIV que desconhecem sua sorologia permanece bastante elevado, impondo desafios à Prevenção Combinada. A expansão desta estratégia deve estar alinhada com um maior alcance das ações de testagem e também com a disponibilidade dos serviços quanto ao incentivo à testagem de forma rotineira e regular.

O momento da comunicação do resultado do teste, com o aconselhamento como uma tecnologia de cuidado importante, contempla três dimensões: a educativa, a de avaliação de risco e a dimensão do apoio emocional. Na dimensão educativa devem ser transmitidas todas as informações sobre a epidemia da aids, suas formas de transmissão e as opções de prevenção

e tratamento disponíveis, nos casos em que o resultado do diagnóstico for positivo. Para tal, o conjunto de informações a ser trabalhado deve articular-se aos conhecimentos prévios do usuário, bem como aos seus repertórios socioculturais e de contextos de vida. Cabe ao profissional da saúde estimular o uso de preservativos.

Na dimensão da avaliação de risco, é necessário estabelecer um diálogo, sem quaisquer julgamentos ou preconceito, proporcionando um espaço de reflexão sobre a exposição a situações de risco para a infecção pelo HIV relacionadas às práticas sexuais e ao uso de álcool e outras drogas, a fim de que o usuário reconheça os riscos de exposição ao HIV/Aids em seus comportamentos. Caso seja um usuário de drogas, incentivar a estratégia de redução de danos⁶ se faz crucial.

Por fim, na dimensão do apoio emocional devem ser empregadas estratégias que auxiliem o usuário a lidar com os problemas emocionais relacionados ao HIV/Aids, oferecendo atenção psicossocial. O profissional deve ser capaz de identificar se o usuário pertence a uma ou mais categorias de populações-chave ou prioritárias, adequando o aconselhamento às suas demandas e necessidades específicas.

Ainda, o Ministério da Saúde considera as intervenções estruturais, como as atribuídas em mudar as causas ou fatores estruturais centrais que produzem os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. O reconhecimento desses fatores demanda que as abordagens estruturais para a prevenção do vírus sejam desenvolvidas e implementadas de acordo com os contextos locais. Neste sentido, considerar o contexto macrossocial e microssocial é prioritário, já que as intervenções estruturais visam evitar que preconceitos, discriminações ou intolerâncias impeçam o exercício dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania. Assim, ações e intervenções intersetoriais devem ser fortalecidas visando à diminuição das desigualdades socioeconômicas, fomentando o protagonismo e o empoderamento, além do fortalecimento da estrutura institucional do SUS.

O Ministério da Saúde define como populações-chave, e assim foco de ações específicas, os gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas usuárias de drogas, profissionais do sexo, pessoas transexuais e travestis e pessoas privadas de liberdade. A epidemia brasileira está concentrada nesses segmentos populacionais. Eles apresentam

⁶ A estratégia de redução de danos consiste em um repertório de cuidado, constituído de um conjunto de estratégias individuais e coletivas voltadas para usuários de drogas, para diminuir os danos causados pelo uso de drogas. A redução de danos não se sustenta na exigência obrigatória da extinção do uso, mas sim no acolhimento à diversidade e na complexidade do uso e abuso de substâncias. As estratégias de prevenção incluem a recomendação do não compartilhamento de instrumentos e a utilização de materiais descartáveis para reduzir riscos. (SENAD, 2019).

prevalência para o HIV superior à média nacional, que é de 0,4%. Os fatores que contribuem para isto são a estigmatização das relações entre pessoas do mesmo sexo, do trabalho sexual, da posse e do uso de drogas, além da discriminação, inclusive nos serviços da saúde, como barreira a estas populações-chave para acessar os serviços de saúde na prevenção do HIV.

Além destas populações-chave, é preciso observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades, tornando-os mais vulneráveis ao HIV/Aids, as denominadas populações prioritárias: população negra, jovem, em situação de rua e indígena (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Estes segmentos populacionais possuem especificidades transversais em suas vulnerabilidades, relacionadas às dinâmicas sociais locais. Historicamente, estas populações vêm sofrendo dificuldades no acesso ao cuidado à saúde, perante as iniquidades sociais, sendo que a vulnerabilidade ao HIV é sinérgica às suas diversas vulnerabilidades: de inserção social e de reconhecimento de suas identidades, e especificidades para ações mais equitativas em saúde.

Cabe evidenciar que a intervenção estrutural foca somente em aspectos sociais, e não considera aspectos biológicos. É como se as questões relacionadas à biologia do vírus e dos corpos fossem somente das ciências naturais e atribuídas à prática clínica, ou seja, não se considera questões sociais e da natureza (entendida como constituidora da biologia) ao mesmo tempo. Assim, não há o reconhecimento da dinamicidade na biologia, nem o fato de que o modo de funcionamento do organismo, e suas doenças, é produzido pelas relações sociais, não havendo, portanto, uma natureza intacta e sem intervenção do homem; assim como não há uma sociedade sem intervenção da natureza. O que há é uma inter-relação entre natureza X sociedade e biológico X social.

Ainda, em um contexto de novas mudanças e intervenções para o vírus, temos algumas consideradas não oficiais, como a realização da autotestagem para o HIV. O autoteste surgiu como estratégia para aumentar a testagem e é vista como uma ferramenta importante para aumentar a quantidade de diagnósticos e, assim, atingir uma das metas da ONU (meta “90-90-90”, ou seja, na ampliação da testagem). Esta estratégia é incentivada pelo Ministério da Saúde, conforme enunciado pela então diretora pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: "Advogamos tanto com relação ao autoteste porque acreditamos que ele amplia e muito a cobertura diagnóstica. Têm pessoas que não querem ir à unidade de saúde para fazer o teste do HIV" (AGENCIA BRASIL, 2017).

Ainda, há a possibilidade de autotestagem domiciliar, com testes rápidos sendo realizados através de procedimentos simples: o emprego de um cotonete na gengiva para coletar fluido oral ou a punção digital para coletar umas gotas de sangue e obter, em cerca de 20

minutos, o diagnóstico para HIV. Tal estratégia tem sido considerada uma alternativa para populações estigmatizadas e/ou não aderentes aos serviços de saúde e para preservar o direito à privacidade.

Em 2012, o Departamento de Administração de Alimentos e Drogas do EUA (Food and Drug Administration – FDA) aprovou o teste domiciliar do HIV através de fluido oral, levando em consideração os resultados de diversos estudos, argumentando que os benefícios são muito maiores do que os possíveis riscos (FDA, 2012 APUD FERNANDEZ, 2015). Em 2017, foi registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o primeiro autoteste a ser vendido no Brasil (ANVISA, 2017).

O estudo brasileiro denominado “A Hora é Agora” foi desenvolvido na cidade de Curitiba, em uma parceria entre a Secretaria Municipal de Curitiba, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) e a ONG Dignidade, para avaliar um modelo de testagem, tratamento e prevenção. Neste estudo, o próprio usuário escolhe, através de um site na internet, a maneira para se testar: em um centro de orientação e aconselhamento, em um trailer, ou a autotestagem em sua própria casa mediante a entrega do kit pelo correios, garantindo-se, inclusive, um telefone de suporte 24 horas e um serviço de referência para teste confirmatório e tratamento, no caso de resultado positivo (FERNANDEZ, 2015).

Além disso, cada vez mais estão sendo utilizados programas e plataformas na internet e aplicativos para celulares como forma de acessar a população, principalmente de jovens e de homens que fazem sexo com homens (HSH), para a realização de ações de saúde como o aconselhamento via bate-papos virtuais e mensagens. Há “calculadoras de risco” que são disponibilizadas para que o indivíduo, após responderem algumas questões, obtenham um gráfico indicativo da avaliação de seu risco para o HIV através de uma pontuação, que aponta as áreas em que precisa melhorar como: as práticas sexuais, adoção de hábitos/comportamentos mais seguros – como no uso de preservativo em todos os atos sexuais ou, pelo menos, nos atos em que for passivo (receptor da ejaculação), e/ou práticas de redução de danos - sem compartilhamento de seringas e canudos no uso de drogas, sexo oral ou de penetração desprotegido e sem ejaculação. Os smartphones também estão sendo empregados como estratégia de fortalecimento à adesão às medicações antirretrovirais e às consultas médicas (HRSA, 2007; LET’S TALK ABOUT IT, 2014 APUD FERNANDEZ, 2015).

5. RISCO NA TRANSIÇÃO – VULNERABILIDADE

O conceito de risco foi incorporado à descrição mais abrangente de vulnerabilidade e isso marcou a política de enfrentamento ao HIV/Aids, como evidenciado no documento “Prevenção Combinada do HIV – Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017):

“A noção de vulnerabilidade foi agregada à ideia de risco à maioria das ações de prevenção do HIV nas respostas governamentais mais arrojadas. A partir disso, a epidemia passou a ser tratada menos como um problema individual, resultante de comportamento e ação de indivíduos ou grupos, e mais como consequência dos padrões de organização da sociedade, seja política, econômica ou culturalmente.” (p. 23).

Risco e vulnerabilidade são conceitos relacionados à epidemia da aids, em que um está atribuído à epidemiologia e o outro, às ciências sociais e humanas, respectivamente. Entretanto, houve uma cisão entre o conceito de risco epidemiológico e vulnerabilidade, em que o primeiro aparece como categoria analítica e atribuído à dimensão individual da epidemia; e o segundo como categoria de síntese, ou seja, aquela que aglutina elementos abstratos associados aos processos de adoecimento e relacionada ao social. As análises sobre vulnerabilidade não prescindem das epidemiológicas de risco, mas são vistas como as que melhor traduzem as dinâmicas sociais para se compreender a epidemia da aids.

Historicamente, o uso do instrumental epidemiológico identificou os riscos atribuídos à nova infecção, e logo este conceito se transmutou de categoria analítica em operativa, para caracterização e identificação de grupo de risco. Isto implicou em grandes impactos nas políticas de saúde do início dos anos 90, que adotaram intervenções de prevenção predominantemente em torno dos grupos de risco (homossexuais, hemofílicos, haitianos e adictos em drogas injetáveis), mostrando-se, além de pouco eficientes, incitantes de profundos preconceitos e iniquidades (AYRES, 2003). Após franco processo de críticas sobre grupo de risco pela incompatibilidade que a dinâmica da epidemia apresentava – atingindo outros grupos como heterossexuais - e pelos ataques aos grupos atingidos pela estigmatização – especialmente o movimento gay – as estratégias se voltaram para a redução de riscos.

Em um segundo momento, o conceito chave era, ainda em estreita vinculação ao saber epidemiológico, o comportamento de risco. Este tenta tirar o peso do estigma dos grupos, nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, universalizando a preocupação com o problema do HIV e estimulando o envolvimento individual com a prevenção ao contágio. Entretanto, este movimento tendeu à culpabilização individual, e a infecção pelo HIV acabou por ser considerada resultado de uma displicência pessoal na prevenção. Mais uma vez, pela expressiva

atuação do movimento social e das ONGs vinculados aos insucessos na avaliação dos programas de saúde, este conceito foi criticado e as proposições foram encontrar alcançar estratégias sociais e estruturais para o controle da epidemia. Ficou nítida a ideia de sujeitos sociais como agentes da esfera pública da vida social e que demandavam uma resposta mais abrangente e não focada na mudança individual (AYRES, 2003).

Neste contexto sobre os conceitos da epidemia, em 1996 a Conferencia Internacional de Aids de Vancouver trouxe o conceito de vulnerabilidade como uma alusão às propostas teóricas ou de intervenções que não atreladas à risco, ao comportamento individual e às abordagens biomédicas. Neste mesmo sentido, os autores Mann e Tarantola (1996) conceituaram a noção de vulnerabilidade, que se apresentou como uma referência conceitual importante na análise do impacto da epidemia da aids em nível mundial, e com consequências e impacto no modo de pensar o HIV/Aids a nível técnico, científico e político (AYRES, 2003).

O conceito de vulnerabilidade foi concebido no campo teórico como aquele se propõe a uma renovação das formas de construção de diagnósticos de saúde: para além dos saberes biomédicos e epidemiológicos, traz em seu bojo os saberes dos campos das ciências sociais e humanas, e assim, “os diagnósticos baseados no quadro da vulnerabilidade almejam caracterizar, particularizadamente, determinantes sociais e políticos dos processos e das relações multicausais que produzem diferentes conformações da epidemia” (CALAZANS ET AL, 2018, p.268).

Vulnerabilidade pode ser resumida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento ou à infecção de determinado agravo de saúde, e é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. Esses aspectos acarretam em maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, inseparavelmente da maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens, para se proteger de ambos. Enquanto quadro conceitual, a vulnerabilidade foi estruturada por Mann & colaboradores (1992, APUD AYRES, 2003) e conceituadas em três dimensões analíticas: individual, social e programática/institucional. Cabe destacar que estas dimensões foram incorporadas tanto nas diretrizes das políticas de HIV/Aids quanto na produção teórica crítica sobre a prevenção.

A dimensão individual se refere ao grau e qualidade que os indivíduos dispõem sobre o problema, sua capacidade de elaborar estas informações e incorporá-los em seu repertório cotidiano. Assim considera que todos os indivíduos não portadores do HIV apresentam um grau potencial de vulnerabilidade ao vírus, que varia sobre as possibilidade e interesses em adotar práticas protegidas. Nesta dimensão, destacam-se os aspectos comportamental e racional relacionados ao acesso às informações e à capacidade de incorporá-las para tomar decisões.

A dimensão social diz respeito a aspectos sócio-políticos e culturais e às condições de bem-estar social, como o acesso a meios de comunicação, escolarização, recursos materiais, entre outros, para a obtenção e incorporação de informações. Estes aspectos são concebidos em articulação aos fatores contextuais e mediados pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual e ao processo saúde-doença-cuidado.

Quanto à dimensão programática, diz respeito à disponibilidade dos recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor e adoecer ao HIV, como os serviços de saúde e sua forma de organização, para reduzir contextos de vulnerabilidade. Esta dimensão é caracterizada pela existência e investimento em ações e programas organizados para enfrentar a epidemia: a informação e educação preventivas, acesso aos serviços de saúde e adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições.

Apesar de ter exercido extrema importância sobre como se pensavam a epidemia da aids e as políticas de saúde, o conceito de vulnerabilidade passou a ser usado como adjetivação de certas populações, implicando em uma naturalização de situações iminentemente sociais. Ou seja, o uso da expressão “populações vulneráveis” passou a rotular determinados grupos populacionais como base para focalização de políticas sociais numa perspectiva de tutela e, nesse sentido, desrespeitaram a história da emergência do conceito e suas limitações (AYRES, 2018).

Estas questões sobre vulnerabilidade apresentadas foram aquelas discutidas dentro do campo da saúde coletiva enquanto referencial teórico, que se estruturou para colaborar com a compreensão da epidemia da aids, dada sua complexidade. Entretanto, o modo como vulnerabilidade foi traduzido e incorporado nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids, e, particularmente, nas portarias de HIV/Aids, foi bastante distinto da sua conceituação teórica no campo. O conceito de vulnerabilidade difundido e utilizado nessas políticas foi delimitado a uma noção do aspecto social da epidemia: o social conformado por uma racionalidade linear e descritiva sobre o entendimento de processos sociais, evidenciando categorias sociais como populações chave, gênero, orientação sexual.

Na formulação do conceito de vulnerabilidade, o contexto social tinha certa configuração de momento histórico – como a discussão da reforma sanitária - o que, por sua vez, dá limite ao delineamento e elaboração do conceito. Neste sentido, ainda que as dinâmicas sociais atuais permaneçam sobre as categorias sociais tradicionais, estas estão em pleno processo de transformação. Isto significa que devemos, para uma crítica produtiva, de uma abordagem que dê destaque a processos históricos e relacionais, e não apenas às categorias.

Desse modo, a vulnerabilidade enquanto conceito dentro das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids teve uma redução de sua complexidade - estabelecida pelo campo teórico - evidenciando um aspecto fragmentado e naturalizado do social (AYRES, 2018).

PARTE II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O material analisado consistiu em portarias e leis do Ministério da Saúde sobre HIV/Aids disponíveis ao acesso online desde 1980 até julho de 2018, tendo sido considerado o material primário para a análise. A escolha de portarias se realizou devido à autoridade que portam, ao dar instruções e regulamentações concernentes à gestão administrativa, tratando e orientando a organização e o funcionamento de serviços; visando, principalmente, definir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos aprovados pelo Poder Legislativo e, por isso, consolida o sentido da epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As portarias ministeriais são atos normativos importantes, e no contexto do setor saúde têm assumido um papel de grande destaque, não só pela quantidade de documentos apresentados, mas principalmente pelo forte poder de indução que este instrumento assumiu na definição da política setorial. As portarias revelam uma determinada forma de condução da política de saúde, onde predomina a atuação do Ministério da Saúde e do Poder Executivo Federal, sendo este um padrão de atuação do Estado brasileiro em diversas áreas e não uma característica do setor saúde.

A seleção do material obedeceu aos seguintes critérios: levantamento de portarias diretamente relacionado ao HIV/Aids, ou seja, cujo título ou indexadores contivessem o descritor HIV/Aids e que estivessem disponíveis integralmente online. Foram pesquisados em duas fontes: no site oficial do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br) na qual foram encontradas 13 portarias; no documento “Legislação sobre DST e Aids no Brasil” (Volume 2 – tomo I/II) na qual foram encontradas 55 portarias. O documento Legislação sobre DST e Aids no Brasil” (Volume 2) foi realizado pelo Ministério da Saúde compilando as principais leis sobre doenças sexualmente transmissíveis e aids, e teve por objetivo oferecer um extenso material de consulta, comparação e reflexão sobre as diversas leis e suas interpretações à realidade da epidemia.

Do total de 68 portarias, foram excluídas as que não continham a palavra risco e portarias repetidas em ambas fontes de pesquisa, resultando, para o universo de análise, 18 portarias, nas quais a palavra risco foi compilada por 94 vezes. Estas portarias encontram integralmente em anexo, do Anexo II ao XIX.

A Política Nacional de DST/Aids (1999) e os documentos oficiais do Ministério da Saúde - guias, cartilhas para funcionamento de serviços e orientações aos gestores - foram utilizados como fonte de material secundário, no sentido de alicerçar o panorama das políticas. Os documentos utilizados como fonte secundária foram: I) Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HUV/Aids – Manual de Prevenção, Secretaria do Estado de São Paulo, 2017. II) Prevenção Combinada do HIV – Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde, Ministério da Saúde, 2017. III) Guia básico de prevenção combinada, Secretaria do Estado de São Paulo, 2017.

A justificativa de inclusão deste material como fonte secundária consiste na sua importância na sistematização das diretrizes que norteiam as ações institucionais do Programa Nacional de DST/Aids, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, bem como norteiam o funcionamento de serviços de saúde ao atendimento e prevenção do HIV/Aids. Ainda que a Política Nacional de DST/Aids (1999) seja antiga, esta foi escolhida por ser o único documento produzido pelo Ministério da Saúde referenciado como Política Nacional de HIV/Aids que sistematiza as diretrizes nacionais e está disponível para consulta online. Ainda, esta política colaborou com a discussão histórica desejada deste estudo sobre a política de HIV/Aids já que contém informações oficiais do Ministério da Saúde sobre as decisões e caminhos escolhidos pelo governo federal brasileiro sobre o rumo desta política. Com isto, toda a argumentação deste estudo se pauta pelas diretrizes e pressupostos advindos de tais documentos.

Há de se destacar que houve tentativa de encontrar mais material em outras fontes de dados, mas que não foram possíveis de serem acessados, pois não estavam integralmente disponíveis online. No Sistema de Legislação da Saúde (Legis) o acesso aos indexadores HIV/Aids e/ou risco foi dificultado pelo aparecimento de milhares de portarias não atreladas ao indexador consultado, e, ainda, o acesso às portarias de interesse não estavam disponíveis. Houve tentativas de acesso à biblioteca do Ministério da Saúde em Brasília, porém os arquivos não poderiam ser enviados por nenhuma via eletrônica, dificultando a verificação de seleção de mais algum material, seguindo os mesmos critérios já mencionados. Assim, há ciência de que poderia haver mais material de interesse para a pesquisa nestas duas fontes não acessadas, e que, assim, pode não ter sido considerado todo material de interesse possível sobre risco nas portarias de HIV/Aids. Ao assumir esta postura, sabemos que escolhas não prescindem de consequências, entretanto, acreditamos que a sistematização do material coletado foi suficiente para um robusto corpo de análise.

A partir das portarias que estavam disponíveis online e selecionadas porque continham a palavra risco, totalizou-se em 18 portarias. A sistematização do material foi feita através de três etapas: primeiro compilou-se, em uma tabela inicial, todos os trechos que continham a palavra risco. A partir disto, listou-se todas as vezes em que a palavra risco apareceu, destacando as palavras anteriores e posteriores que colaboravam com o sentido de risco naquele trecho.

A segunda etapa consistiu em fazer uma primeira classificação, considerando critérios de definição e de relevância sobre o risco, resultando em núcleos de sentido. Ademais, para se encontrar os núcleos de sentido, foram sendo designadas algumas palavras chaves importantes que colaboravam com o sentido de risco, como: exposição, probabilidade, chance e possibilidade, relação com certos grupos sociais, condição, perigo, controle, gradação do risco, danos à saúde, não controle, vulnerabilidade, comportamentos, individual, violação de direitos, acesso à saúde. Deste modo, os núcleos de sentido forneceram a base para construir as subcategorias, divididas em nove subcategorias: *pertencer a certos grupos sociais, possibilidade/chance de transmissão, probabilidade de infecção, exposição à situação, danos à saúde, população de risco acrescido, risco social, fatores de riscos, exposição à situação + população de risco acrescido.*

Estas subcategorias foram assim divididas pela sistematização em pequenos subgrupos das posições centrais identificadas na estrutura de sentido de risco. A subcategoria foi considerada como uma organização de conexão entre os núcleos de sentido, para agrupar os sentidos relacionados às palavras-chaves - citadas anteriormente – e que permitissem uma primeira explicação de quais sentidos estavam estabelecidos com a palavra risco. Desse modo, as subcategorias permitiram estabelecer uma ordem nos dados e para que posteriormente, compreender o sentido epistemológico, relacionado a alguma área de saber.

A terceira etapa consistiu em identificar a área de saber (disciplina) em que aquelas subcategorias estavam relacionadas, estruturando uma segunda classificação dividida em categorias. Neste sentido, estabeleceu às subcategorias uma correlação com a epidemiologia, devido a certas características específicas atribuídas ao conceito de risco, como: transmissibilidade, infecciosidade, periculosidade e eliminação, delimitação, racionalidade, causalidade, vulnerabilidade, individualidade e exposição. Entretanto, se deteve à classificação da epidemiologia, a partir do critério de seus sentidos subjacentes, como o sentido biológico, o social ou o clínico sobre a epidemiologia.

O agrupamento em categorias deteve-se a trazer um sentido epistemológico que sustenta os diversos sentidos de risco nas portarias. As categorias foram organizadas assim para

estabelecer um diálogo entre esses sentidos classificados pelas subcategorias, de como se articulavam entre si.

Foi possível verificar certas características epidemiológicas (o biológico, o social e o clínico) sobre o risco, sistematizá-las em categorias de sentido a partir das relações e representações do arcabouço conceitual-epistemológico da epidemiologia. Desse modo, esta etapa permitiu classificar em três categorias: *epidemiológico-biológico e epidemiológico-social e epidemiológico-clínico*.

A escolha de ter realizado a análise em categorias relacionadas às características epistemológicas da epidemiologia decorreu devido ao conceito de risco da infecção pelo HIV/Aids ter um sentido geral correspondente ao sentido de risco epidemiológico; e assim, utilizar as vertentes da epidemiologia para explicar as expressões do conceito de risco utilizadas nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids, trazia maior embasamento teórico para desenvolver a compreensão dos sentidos de risco adotados. Por consequência, adotou-se uma correlação explicativa sobre os sentidos de risco com os paradigmas de Epidemiologia (Social, Biológico e Clínico) e também com a crítica a cada um destes paradigmas.

O conjunto das ideias, representações e conceituações encontradas conformaram a noção que a política de HIV/Aids tem sobre o biológico e o social. Noção porque, além dos conceitos e categorias explicitados, trabalhou-se com as formas subentendidas sobre o tema em questão, como as noções daquilo que é considerado biológico em HIV/Aids e do social, tal como vulnerabilidade. Ademais, a ideia de noção, que emergiu através das subcategorias, apareceu devido a dinamicidade de ideias que colaboravam com os sentidos de risco subjacentes nas portarias de HIV/Aids. Portanto, apesar de risco ser referido como um conceito único dentro das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids, foi possível verificar transformações no modo que de definir e de utilizar o conceito risco nestas portarias.

Entretanto, apesar de considerado um conceito, no sentido estruturador de oferecer subsídios para compreensão sobre o que é risco, este conceito também tem se transformado, trazendo uma mudança de sentidos, ou seja, apesar do conceito risco da infecção pelo HIV/Aids ser referido desde 1985 até os dias atuais, percebemos uma transformação em suas sentidos dentro das portarias, tal como será analisado na sessão de categorias.

A análise foi dividida em duas partes: subcategorias e categorias. Esta análise iniciou com o agrupamento de todas as portarias que continham a palavra risco, demarcando e sublinhando todas as vezes em que risco apareceu, gerando uma tabela desta sistematização (Anexo I).

O quadro a seguir mostra a portaria e o ano, faz um breve resumo sobre o conteúdo da portaria e exibe alguns acontecimentos da política de enfrentamento ao HIV/Aids daquele ano da portaria. As lacunas temporais nas portarias, em que alguns anos não há correspondência, se justificam devido a não terem sido encontradas portarias pertinentes, segundo os critérios de seleção já citados. Isso significa que há portarias publicadas nestes anos, porém, não eram de interesse para seleção de material desse trabalho.

Para os acontecimentos temporais, também divididos por ano, exibidos no quadro foram utilizados os marcos históricos da epidemia da aids no Brasil. Estes marcos históricos foram destacados e exibidos pelo Ministério da Saúde em sua linha do tempo, disponíveis para acesso online no site oficial do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br) e também registrados no documento da Política Nacional de DST/AIDS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). A justificativa de utilizar os marcos históricos foi para estabelecer exemplos na história da epidemia que poderiam embasar a discussão subjacente das subcategorias, complementando os elementos de conteúdo analisados nas subcategorias. Esta discussão virá posteriormente à apresentação do Quadro 1.

Quadro 1: Apresentação das portarias consideradas na análise dos dados

ANO	PORTARIA	RESUMO	MARCOS HISTÓRICOS
1985	Nº 236	Esta portaria apresenta os conceitos básicos (grupos de risco) e medidas de controle visando determinar as medidas de prevenção à Aids.	O primeiro teste anti-HIV foi disponibilizado para diagnóstico. O Ministério da Saúde se posicionou quanto as terminologias da epidemia da aids: e caracterizou os comportamentos de risco substituindo por grupo de risco.
1989	Nº 01 DGS/RES	Esta portaria apresenta as normas técnicas sobre prevenção da Aids no âmbito do exército. Ainda discorre sobre recomendações às pessoas com teste anti-HIV positivo.	Ativistas de HIV/Aids lutaram reduzir o preço da droga zidovudina (AZT).
1992	Interministerial Nº 796	Esta portaria esclarece sobre os eventuais riscos de transmissão do vírus da Aids no ambiente escolar em situações específicas como em acidentes e mordidas entre alunos. Deste modo informa sobre os mecanismos de transmissão do HIV.	O Ministério da Saúde iniciou o processo para a aquisição e distribuição gratuita de antirretrovirais
1992	Interministerial Nº 869	Esta portaria proíbe, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste anti-HIV tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde, informando questões como capacidade	A Aids passou a integrar o código internacional de doenças (CID) e o SUS incluiu os procedimentos necessários ao tratamento da infecção.

		laborativa preservada, informações de prevenção, e ética e sigilo ao portador do vírus HIV.	Inaugurou-se o chamado coquetel anti-aids com uma combinação entre duas drogas (o AZT e o Videx).
1995	N.º 97	Esta portaria faz recomendações sobre o aleitamento materno, considerando os estudos elaborados até então pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (PN DST/AIDS).	Novas drogas foram lançadas, como o Saquinavir, aumentando as opções de tratamento para o HIV/Aids.
1996	Nº 2.415	Esta portaria refoga a portaria N.º 97, de 1995, por ter sido publicada com incorreções. Assim, faz considerações corretas sobre o aleitamento materno.	Foi aprovada a Lei 9.313 que estabeleceu a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV.
1997	Nº 874	Esta portaria sistematiza um Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/Aids, especialmente, sobre a terapia antirretroviral para adultos e adolescentes.	Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes soropositivos em terapia antirretroviral no Brasil.
1999	Nº 774	Esta portaria aprova um Plano de Trabalho apresentado pelo Exército e o orçamento necessário para sua execução, com finalidade de apoiar ações em saúde e a continuidade do Programa de Combate a DST/AIDS.	O Ministério da Saúde disponibilizou 15 medicamentos antirretrovirais na rede SUS. A Política Nacional de DST/Aids foi articulada em um documento, exibindo os principais desafios de enfrentamento à epidemia. Dentre estes, destacou-se: 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.
2002	N.º 2313	Esta portaria institui incentivos para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, bem como as normas relativas a estes incentivos.	Uma nova dinâmica de infecção da epidemia se apresentou: as transmissões por via homossexual e bissexual continuaram a existir, porém diminuíram; e um elevado aumento ocorreu na transmissão heterossexual.
2002	Nº 2314/GM	Esta portaria detalha as normas relativas da Portaria N.º 2313 de 2002, explicando sobre a Estrutura do Manual do Plano de Ações e Metas em HIV/AIDS e outras DST, bem como as etapas e atividades a serem desenvolvidas.	A epidemia foi detectada com novos tipos de casos, apresentando um grande aumento do número de infecções no interior e cidades mais remotas dos estados brasileiros. Dessa forma apontou uma expansão para pessoas com padrões comportamentais considerados de baixo risco, levando a ideia da vulnerabilidade social, que se

			traduziu pela falta de acesso: à educação, à ocupação do mercado de trabalho e aos cuidados de saúde.
2002	Nº 2104	Esta portaria institui o Projeto Nascer-Maternidades com objetivo de reduzir a <u>transmissão vertical do HIV</u> (estabelecendo testagem anti_HIV no pré-natal, garantindo medidas profiláticas de transmissão vertical para as parturientes HIV positivas, e ainda, garantindo seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-nascidos); e, também teve objetivo de reduzir a <u>morbimortalidade associada à sífilis congênita.</u>	Com uma nova dinâmica da epidemia, foram detectados casos de aumento das infecções de HIV entre as mulheres.
2002	Interministerial Nº 628	Esta portaria aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, em que uma de suas atribuições visa a saúde integral da população prisional, promovendo a saúde e o controle ou redução de agravos frequentes (como tuberculose, hepatites, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis).	A epidemia atingiu diferentes formas grupos populacionais diferentes, considerando a pauperização da Aids.
2004	Nº 1.824	Esta portaria dispõe sobre as normas relativas a recursos adicionais destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios qualificados para receber o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio a adultos vivendo com HIV/Aids. Algumas das ações a serem desempenhadas são: orientação para promoção e prevenção de outras doenças infecciosas e/ou sexualmente transmissíveis, reintegração dos conviventes ao seu núcleo familiar, desenvolvimento de atividades socio terapêuticas e de lazer, entre outras.	O Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1º de dezembro, abordou a feminização da epidemia. As campanhas do Ministério da Saúde e deram destaque na vulnerabilidade feminina, e focalizam informações às gestantes, visando a diminuição da transmissão vertical do HIV.
2009	Nº 151	Esta portaria refere-se à organização técnica do diagnóstico laboratorial para HIV em indivíduos com idade acima de 18 anos. Assim, apresenta as etapas sequenciadas e o fluxograma mínimo, o uso de teste rápido em situações especiais, e orientações quanto o tipo de amostra (soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro) a	Campanhas de prevenção ao HIV/Aids abordaram números de que a Aids no Brasil, estava concentrada em populações vulneráveis e que a faixa etária predominante de infecções é de 30 a 49 anos.

		dependem do preconizado pelo fabricante do teste anti-HIV.	
2013	Conjunta Nº 1	Esta portaria altera a tabela de serviços especializados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 – Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids definindo suas modalidades, classificação, organização das estruturas e funcionamento. A classificação definida é: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Atenção Especializada (SAE), Centro de Referência e Treinamento (CRT), Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) seguindo os critérios da população a ser atendida, a necessidade de cobertura assistencial, mecanismos de acesso, capacidade técnica, entre outros.	Foi lançado o novo protocolo de tratamento de HIV/Aids. A principal mudança foi a expansão do uso de antirretroviral para todas as pessoas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 500 células/mm ³ (células de defesa do organismo que indicam o funcionamento do sistema imunológico). Ainda, as novas recomendações incluíram a possibilidade de tratamento mais precoce para o paciente em relação sorodiscordante, independente da contagem de linfócitos CD4. Isso porque, além de promover melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus, também o Tratamento como Prevenção (TcP) terá impacto direto na redução de transmissão do HIV, como uma estratégia complementar às já existentes.
2013	Nº 29	Esta portaria revoga a Portaria Nº 151 de 2009 e aprova o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças. Este manual deve ser revisto semestralmente e atualizado à luz dos avanços científicos.	Ministério da Saúde ampliou acesso do tratamento para todos com HIV, para que adultos com testes positivos de HIV, mesmo antes de apresentarem comprometimento do sistema imunológico, terão acesso aos medicamentos antirretrovirais contra a aids pelo SUS. Ainda, aprovou-se o novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e Aids.
2017	Nº 22	Esta portaria aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	O primeiro registro para comercialização, em farmácia, do auto teste para o HIV foi aprovado.
2017	Nº 21	Esta portaria aprova e incorpora a medicação do tenofovir associado a entricitabina como o principal esquema da profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o HIV, no âmbito do SUS	O Ministério da Saúde disponibilizou a oferta no SUS medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco da infecção pelo HIV antes da exposição ao vírus, conhecida como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Ainda, publicou-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para PrEP, indicando o esquema de drogas a serem utilizados: uma combinação de antirretrovirais - Tenofovir +

			Emtricitabina (TDF/FTC) - em um único comprimido antes da exposição ao vírus, em pessoas não infectadas pelo HIV e que mantêm relações de risco com maior frequência.
--	--	--	---

ANÁLISE

SUBCATEGORIAS

1. Pertencer a certos grupos sociais

Nesta subcategoria o sentido de risco foi relacionado à grupos de risco, verificadas no início da epidemia da aids, e foi verificado em duas portarias: a Nº 236 de 1985 e a portaria Nº 01 DGS/RES de 1989. O núcleo de sentido identificado foi a relação com certos grupos sociais sendo relacionados à risco.

Os trechos em que apareceram risco podemos ver que os indivíduos considerados dos grupos em risco para a doença eram homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos ou politransfundidos. Foram considerados de grupo de risco pois os primeiros casos de aids foram diagnosticados em indivíduos pertencentes a tais grupos sociais; o que teve, como consequência, uma série de implicações, dentre elas o estigma relacionado a esses grupos sociais.

Nos trechos dessas portarias apareceu risco relacionado a pertencer a certos grupos sociais, que sugeriam que qualquer suspeita nestes indivíduos de sintomas de doenças oportunistas relacionadas à aids ou a confirmação de infecção pelo HIV deveriam ser realizadas intervenções de vigilância epidemiológica, com a notificação compulsória de casos de aids e isolamento destes indivíduos em áreas hospitalares. Ainda, estavam recomendadas ações de educação sanitária a estes indivíduos para prevenção de outras doenças oportunistas, e para orientar os comportamentos de risco para o HIV.

Nas ações de vigilância epidemiológica deveria se informar o número de casos suspeitos e/ou confirmados de infecção ao HIV/Aids, bem como as orientações educativas para diminuir o número de parceiros, o que trazia à tona dimensão moral da sexualidade na epidemia da aids. Ainda, a sensação de que pessoas pertencentes aos grupos de risco eram consideradas uma ameaça sanitária e social, como os grandes “vetores” do vírus, desafiando o controle na saúde e a ordem social pela sua sexualidade dissidente e seu comportamento desviante.

O que foi possível verificar é que certos grupos sociais além de serem alvo das ações e intervenção em saúde, eram também considerados os causadores de um mal-estar social pelo descontrole no aumento do número de infecções pelo HIV.

Esta subcategoria relevou que o sentido de risco estava relacionado a uma questão social sobre determinados grupos sociais considerados de risco.

2.Possibilidade/chance de transmissão

Nesta subcategoria sistematizaram-se as menções à descoberta e formas de transmissibilidade do vírus e como ela foi sendo constituída. Foi encontrada em diversas portarias: na Portaria N° 236 de 1985, na Portaria N° 01 DGS/RES de 1989, na Portaria Interministerial N° 796 de 1992, na Portaria N° 97 de 1995 e na Portaria Conjunta N° 1 de 2013.

Os núcleos de sentido relacionados aqui foram: chance e possibilidade, perigo e controle, pois apresentavam as noções de perigo sobre o HIV e que deveria ser controlada e/ou eliminada a possibilidade de infecção pelo vírus. De certo modo, houve uma transformação na explicação do sentido de transmissão. Vemos que no início da epidemia a questão estava alicerçada sob a dinâmica biológica do processo infeccioso, no que diz respeito ao indivíduo que vive com vírus: a descoberta de quais as vias de entrada do vírus no organismo, quais materiais biológicos eram potenciais transmissores (fluidos sexuais, sangue e leite materno), relação com a quantidade de material exposto, entre outros; e, com isto, quais as intervenções sanitárias que eram necessárias implementar para minimizar e/ou eliminar a transmissibilidade.

Ainda, merece destaque o significado dado à risco teórico, encontrado na Portaria Interministerial N° 796 de 1992, como “algo que nunca ocorreu e é improvável que venha a ocorrer”, explicitando as certezas explicativas a transmissão do HIV através de mordeduras entre crianças não era motivo de preocupação. No âmbito da contemporaneidade adotada neste estudo, a probabilidade de ocorrências de situações de risco tem sido cada vez mais difícil de mensurar, apesar dos avanços técnicos-científicos.

Outro aspecto relevante evidenciado nesta portaria foi sobre as relações, em que se discutiu risco no ambiente escolar e quais seriam as possibilidades de transmissão do vírus. A Portaria Interministerial N° 796 de 1992 esclareceu sobre os riscos em ambiente escolar, e ficaram evidentes as crenças e medos que a população tinha sobre a transmissão do vírus de forma contagiosa, já que, os esclarecimentos se deram sobre os não riscos implicados em uma mordedura, ou em um acidente biológico no ambiente escolar sem a troca de fluidos que

poderiam conter HIV (sangue); ou, até mesmo, que a convivência com um portador do HIV não apresenta riscos de infecção.

Aos poucos, a preocupação com a transmissão foi sendo incorporada como uma diretriz política na Saúde Materno-Infantil: a transmissão vertical e as ações em saúde para gestantes desde a testagem anti-HIV em diversos momentos da gestação ao aleitamento materno e aos bancos de leite, na perspectiva da diminuição da transmissão mãe-bebê. Deste modo, esta subcategoria influencia ainda as noções de risco na transmissão vertical e no planejamento familiar, incluindo estratégias de redução de risco no planejamento da reprodução para assegurar o direito sexual e reprodutivo das gestantes vivendo com HIV/Aids.

3. Probabilidade de infecção

É parecida com a subcategoria anterior no que diz respeito aos aspectos biológicos da infecção, mas se refere a outro aspecto da via de transmissão, ou seja, a pessoa que não tem o vírus e por alguma via de contato (sexual ou acidental) pode ser infectada. Esta subcategoria foi identificada nas portarias desde os anos de 1985 a 2004, não tendo sido identificada posteriormente. Apareceu nas seguintes portarias: Nº 236 de 1985, Nº 01 DGS/RES de 1989, Nº 796 de 1992, Nº 874 de 1997, Nº 774 de 1999, Nº 2.104 de 2002 e Nº 1.824 de 2004. Os núcleos de sentido desta categoria foram: perigo, controle e gradação do risco, a serem explicados a seguir.

Foi verificada a questão da segurança em ambiente laboral, com ambiente adequado, materiais descartáveis, como parte de protocolos de segurança evidencia esta preocupação. Também reflete a efetivação de ações sanitárias para minimizar e/ou eliminar os riscos.

A questão do contato direto entre a pessoa-fonte e a pessoa-suscetível diz respeito sobre a quantidade de material em contato, ou seja, o contato com a quantidade maior de vírus implica em maior risco; e também o teor de HIV no material, sendo que o alto teor de HIV está relacionado à infecção aguda retroviral e ao estágio de aids. Assim, a gradação do risco implicará diretamente no uso do esquema profilático de antirretrovirais (esquema da Profilaxia Pós-Exposição - PeP). Cabe lembrar que, até 2010, a PeP era utilizada somente em casos de acidentes ocupacionais e violência sexual, e que, estabelecidas as novas diretrizes de prevenção - conhecida como Prevenção Combinada – houve a liberação da droga para situação de risco sexual ocasional.

A questão do risco sexual – exceto em situação de violência sexual – foi apresentada como sendo uma questão de educação sexual. Na Portaria Nº 236 de 1985 apareceu a questão

da multiplicidade de parceiros sexuais como indicador do aumento ao risco de infecção. Atualmente, esta estratégia de diminuição de parceiros sexuais é tida como moralizante nas diretrizes das políticas, bem como para movimento sociais e na Saúde Coletiva. Ainda, a educação sexual, naquele momento, compreendia as ações de higiene às secreções ou excreções corporais.

Esta subcategoria referiu-se a tudo aquilo que foi considerado potencialmente configurado como probabilidade de infecção, não sendo necessariamente um risco real de ocorrência, ou seja, diz respeito à intervenção no presente visando à segurança no futuro. A possibilidade de ocorrência de algum tipo de risco implica em uma intervenção antecipada.

Ainda, por estar relacionada à categoria epidemiológico-biológico percebeu-se o conteúdo relacionado à mecanismos biológicos de interação entre pessoa vivendo com HIV e pessoa potencialmente exposta ao vírus.

4.Exposição à situação

Esta subcategoria pode ser considerada relacional-social, ou seja, diz respeito ao situações de risco ao HIV. Apareceu nas portarias: N° 896 de 1992, N° 97 de 1995, N° 2.415 de 1996, N° 874 de 1997, N° 2.314/GM de 2002, N° 2.313 de 2002, N° 628 de 2002. Os principais núcleos de sentido foram exposição, condição e comportamento.

A Portaria Interministerial N° 869 de 1992, descreveu sobre o convívio social com o portador de HIV como não sendo de risco ao vírus. Este conteúdo ressoa de modo estranho atualmente, pois é sabido que a convivência com pessoas vivendo com HIV não implica em nenhum risco; porém, devemos considerar o contexto dos anos noventa, com a repercussão da epidemia da aids associada a certos grupos sociais excluídos e, ainda, com o estigma sobre a transmissão do HIV.

A questão de papéis de gênero especificamente no que diz respeito às mulheres, pois na condição da maternidade há a correlação com a transmissão vertical. Ainda, foram consideradas situações de risco para mulheres as usuárias de drogas injetáveis e/ou que mantinham relações sexuais sem proteção com parceiros usuários de drogas injetáveis ou com múltiplos parceiros. É interessante verificar que a relação da mulher heterossexual na epidemia da aids esteve bastante vinculada ou à condição de sua vida sexual – múltiplos parceiros e/ou com um parceiro considerado em risco, ou ao lugar da maternidade – a possibilidade de se infectar e transmitir ao bebê (transmissão vertical), ou, ainda, com a promiscuidade de múltiplos parceiros e/ou sendo uma profissionais do sexo.

Outro aspecto relevante desta portaria foi a noção da promoção e prevenção em saúde: identificação e intervenção nas situações de risco para o HIV nas populações expostas ao risco. As explicações se deram por duas dimensões: por um lado, pode ser relacionado aos indivíduos: por exibirem comportamentos que os exponham ao risco de infecção do HIV, ou ainda, na sua percepção de risco, já que cada pessoa tem uma percepção sobre o risco que está exposto, a depender de fatores como: acesso às informações, questões culturais, entre outros. E, por outro lado, relacionados aos serviços de saúde, por sua capacidade de ação/intervenção em saúde, na sua cobertura e na oferta diagnóstica de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

5.Danos à saúde

Apareceram duas vezes a questão de danos à saúde na Portaria N.º 874 de 1997. Esta portaria situou a exposição do HIV na pele íntegra, ou seja, na pele sem cortes ou ferimentos – o que é considerado risco insignificante – e, assim, fala sobre o uso nocivo da PeP sem indicação, em que o risco de toxicidade ultrapassa o benefício desta profilaxia. Cabe tensionar o paradoxo entre aquele momento - em 1997 - e o momento atual: hoje em dia a indicação da PeP ainda continua para os casos de maior risco – julgados pelo médico através da avaliação do risco da situação de exposição – entretanto, se o indivíduo deseje tomar, mesmo sem haver a indicação, pode ser concedida esta profilaxia. Em 1997 esta portaria reportava que somente nos casos de risco significativo avaliados pelo médico seriam indicados a profilaxia. O que se deseja evidenciar aqui não é a idoneidade da relação médico-paciente, mas a mudança da percepção de risco de toxicidade de uma medicação.

As mudanças vêm ocorrendo nas relações das pessoas com uso de medicamentos, inclusive, na relação médico-paciente, pois as informações sobre o risco no uso desnecessário de uma medicação apesar de serem consideradas, são (re)ajustadas pela demanda do paciente ao uso de medicações. Entretanto, o que vemos é uma necessidade de encontrar um bem-estar, uma tentativa de segurança sobre os fatores de saúde (prevenção e promoção em saúde, por exemplo) que tende a ser encontradas nos medicamentos, criando uma demanda artificial por serviços médicos, tornando estas pessoas mais dependentes de intervenções em saúde (ILLICH, 1975). Além disto criar uma falsa ilusão de se estar mais seguro no uso excessivo ou desnecessários de medicações, cabe ainda a decisão de avaliar e se auto responsabilizar pelo possível risco em saúde em determinada medicação ou intervenção em saúde é tomada sozinha, e isto é considerado uma maior autonomia do paciente.

Ainda na mesma Portaria N.º 874 de 1997 apareceu a questão da terapêutica antirretroviral combinada em gestantes e a avaliação de risco entre médico e paciente. Nos casos de gestantes com CD4 menor que 500mm^3 e com carga viral elevada e/ou sintomática – o que é considerado um critério de indicação de antirretrovirais -, estes casos devem ser avaliados sobre os riscos à saúde em conjunto, ou seja, segundo o critério médico e também do paciente. Neste caso, o estabelecimento da relação médico-paciente era primordial na terapia antirretroviral, e, diferentemente da atualidade em que a relação médico-paciente vem sendo transformada, ficando à critério do indivíduo-paciente iniciar a terapêutica, exceto em casos clínicos atípicos de imunidade baixa.

6. População de risco acrescido

Esta subcategoria é, de certo modo, uma evolução da subcategoria “pertencer a certos grupos sociais” no sentido que trouxe outra perspectiva de olhar e denominar os grupos de risco. Apareceu nas portarias N.º 2.313 de 2002 e N.º 2.314/GM de 2002, em um momento histórico em que a discussão sobre vulnerabilidade ganhou destaque dentro das diretrizes políticas do HIV/Aids, advinda dos movimentos sociais e da produção acadêmica científica. Neste sentido, e não por acaso, vemos que esta subcategoria está intimamente relacionada aos grupos populacionais vulneráveis. Nesta subcategoria os principais núcleos de sentido foram: vulnerabilidade, não controle, exposição.

Estas portarias trouxeram a discussão da epidemia à dimensão epidemiológico-social, ou seja, o entendimento sobre risco foi transformado, já que este não estava mais atribuído a uma equação simples entre portador do HIV e indivíduo potencialmente infectado ou a certos grupos sociais. Isso significou que o sentido de risco ficou relacionado ao conceito social de vulnerabilidade, ainda com o aporte da disseminação da discussão sobre as vulnerabilidades em HIV/Aids.

Nestas portarias foi considerado como uma população com risco acrescido: os homens que fazem sexo com homens (HSH), as populações confinadas, as crianças e adolescentes em situações de rua, os/as profissionais do sexo, os/as usuários de drogas, os/as usuários de drogas injetáveis (UDI), os caminhoneiros, os povos indígenas, as pessoas do garimpo e assentamentos.

Foi verificado que a noção de vulnerabilidade estava relacionada ao não controle sobre a situação de risco, devido esta situação estar relacionada à dimensão social e programática de vulnerabilidade (AYRES, 2003), principalmente ao acesso à serviços de saúde e aos direitos

garantidos em saúde. Deste modo, as populações de risco acrescido eram àquelas mais excluídas e não tinham controle das condições estruturais de desigualdades - de acesso e direitos em saúde – em que estavam submetidos.

Neste sentido, (re)formular estratégias que visassem ampliar o diagnóstico precoce do HIV foi estabelecido como uma meta de longo prazo, reconhecendo que estes grupos têm dificuldades sociais adversas sofrendo preconceitos e estigmas e, por isto, têm maior vulnerabilidade ao HIV/Aids.

7.Risco social

Esta subcategoria não diz sobre o risco ao HIV, mas sim, sobre os riscos sociais que, seja no território seja de crianças e adolescentes, implicam em algum tipo de exposição às violências, e conseqüentemente, à alguma exposição ao HIV. A única portaria em que apareceu foi na Nº 2.314/GM de 2002.

Os territórios de risco são aqueles que tem maior incidência e índices de violências, e, com maior número de fatores sociais de iniquidade em saúde. São variáveis características de certos grupos sociais (ou individuais, mas socialmente referidos) implicados na determinação do risco ao HIV. Estão fundamentados no contexto social em que pertencem estes grupos, como sendo a expressão do modo de vida de destes grupos. Os núcleos de sentido relacionados foram violação de direitos, vulnerabilidade e não controle.

Neste sentido, não há correspondência imediata ao vírus, mas sim, às vulnerabilidades decorrentes de situações sociogeográficas e às crianças e adolescentes. Esta subcategoria também está relacionada à discussão mais abrangente sobre vulnerabilidade, especialmente na vulnerabilidade social e programática (AYRES, 2003) quanto aos aspectos sócio-políticos às condições de bem-estar social, mediados pela noção de cidadania e de direitos, o acesso aos serviços de saúde e às informação e educação preventivas. Ainda, estão relacionados a uma violação de direitos de estar em um território seguro, e que não se tem controle, já que não depende da ação destes indivíduos (crianças e adolescentes) a transformação de riscos sociais.

8.Fatores de riscos

Esta subcategoria também não diz respeito sobre o risco ao HIV, mas sobre qualquer situação que aumente a probabilidade de ocorrência de algum agravo à saúde, e que por isto, implique em infecção pelo vírus. Os núcleos de sentido que apareceram foram danos à saúde, vulnerabilidade e não controle.

Apareceu somente na Portaria Interministerial Nº 628 de 2002 com duas ocorrências. A primeira delas foi sobre a população presidiária e o número de casos de HIV/Aids, pois as condições do sistema prisional são adversas em saúde, podendo ocasionar em um aumento da infecção pelo HIV. Ainda, descreve sobre a especificidade na assistência ao pré-natal de baixo e alto risco com as gestantes nas unidades penitenciárias femininas, sendo essencial reforçar as ações de diagnóstico ao HIV com a testagem.

De certo modo, esta subcategoria está relacionada também a discussão sobre vulnerabilidade em saúde, já que os fatores de risco estão associados aos indivíduos que pertencentes à grupos populacionais mais vulneráveis ao HIV/Aids, como a população carcerária. Ademais, novamente a correspondência ao não controle da condição de risco, estabelecendo uma conexão entre vulnerabilidade e não controle, pois se trata de uma questão social e não de uma ação individual.

9.Exposição à situação + população de risco acrescido

Esta subcategoria apareceu nas portarias mais recentes, a partir de 2009, na Portaria Nº 151 de 2009, na Portaria Nº 29 de 2013, na Portaria Nº 21 de 2017 e na Portaria Nº 22 de 2017. Aqui apareceram a junção de duas subcategorias anteriores e já discutidas, que, entretanto, trazem algo novo. Há uma interação entre a questão social desfavorável à alguns indivíduos - considerados como população mais vulnerável da epidemia da aids - e a questão individual, sendo a vivência destes indivíduos sobre situações de risco dependendo se seu comportamento. Esta sinergia entre grupos considerados mais vulneráveis e a situação social que emerge de vários fatores e que implicam nas dinâmicas da epidemia. Apesar de aparentemente não trazer nenhuma novidade, diz muito sobre como se analisa e intervém através das diretrizes políticas.

Dessa forma, os núcleos de sentido relacionados foram: exposição, situação, vulnerabilidade e individual.

A partir de 2013, a política da aids e suas diretrizes, sob o marco do “Testar e Tratar” no uso do tratamento como prevenção, têm disponibilizado os medicamentos antirretrovirais de forma gratuita a todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS – independentemente do nível do CD4 (critério anterior para uso dos antirretrovirais). Ainda, a estratégia da Prevenção Combinada com o uso da PeP e PReP foi ampliada e fortalecida, sendo que estas profilaxias medicamentosas são uma das apostas no controle da infecção do HIV.

Dito isto, nesta subcategoria verificou-se que as novas tecnologias de prevenção já estavam sendo consideradas como medida de intervenção preventiva. Na Portaria Nº 151 de

2009, constava que o indivíduo testado e com resultados indeterminados ou falsos-positivos para o HIV, deveria considerar a avaliação da história clínica, juntamente com o risco de exposição do indivíduo e o resultado laboratorial de testes confirmatórios para, posteriormente, realizar a conclusão diagnóstica. Ainda, deveria ser incluída a avaliação de risco para PeP sexual dos seus parceiros.

O que se verificou foi que as estratégias biomédicas estão ganhando novo sentido, sendo incorporadas nas diretrizes e protocolos clínicos. Há uma ampla discussão sobre o uso de medicamentos na prevenção do HIV, que será abordada posteriormente, mas que tiveram seus marcos nos caminhos da epidemia da aids.

CATEGORIAS

1.Epidemiológico-biológico

Esta categoria diz respeito às representações de risco vinculadas ao enfoque biológico. Aqui foram agrupadas as subcategorias: probabilidade de infecção, possibilidade/chance de transmissão e danos à saúde. Nesta categoria, risco assume um caráter mais descritivo-explicativo e relacionado às noções de quantificação, ou seja, pode explicar as condições e características de saúde, e no caso, sobre o risco de infecção pelo HIV. Assim, nesta categoria a mensuração sobre o risco é central, sendo que a avaliação de risco considera o tipo de categoria de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida).

É uma categoria bastante presente em relação às infecções e seus agentes causadores, pois expressa a dinâmica biológica dos mecanismos de transmissão, de infecção, de patogenicidade, de poder imunogênico do hospedeiro, dentre outros. Neste sentido, encontra-se nas primeiras referências propriamente conceituais ao risco da infecção pelo HIV, expressas no contexto de emergência da epidemia da aids, que buscava explicações concretas para compreender e controlar o novo tipo de vírus. Entretanto, não é uma categoria temporal no sentido de estar relacionada somente ao momento inicial da epidemia, pois é possível de ser verificada ainda atualmente, ainda que com outras considerações biológicas sobre o vírus, expressos nas explicações sobre a redução de risco na transmissão sexual e na vertical (mãe-bebê), por exemplo.

Podemos considerar que esta categoria está estreitamente vinculada às ciências biomédicas, estabelecendo uma intermediação teórica entre os processos patológicos orgânicos e os comportamentos coletivos no que se refere aos fenômenos de saúde. O sentido normativo

é conferido ao controle técnico, que é estabelecido segundo os aspectos verificáveis pelas ciências biomédicas através de mensuração do risco e avaliação de risco. Esses aspectos verificáveis explicam a dinâmica biológica da epidemia, ou seja, aspectos de uma realidade sobre o risco que seja existente enquanto possibilidade de mensuração.

2.Epidemiológico-social

Nesta categoria os fenômenos considerados sociais estão interligados, e por isto, as subcategorias que a ela se relacionam são: pertencer a certos grupos sociais, exposição à situação de risco, risco sociais, população de risco acrescido e fatores de risco. Aqui o conceito de risco alcança sua plenitude e formalização, assumindo centralidade no discurso epidemiológico do HIV/Aids. Acentua-se a validação do discurso de risco produzido pelas ciências biomédicas concomitante com as inferências observacionais do meio social. Ou seja, risco assume um papel analítico-especulativo, designando as chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de um grupo social particularizado, delimitados em função da exposição ao HIV.

Verificou que a característica do risco expandiu a medida em que foram sendo estabelecidos os fatores de indivíduos/grupos estarem em maior ou menor exposição ao vírus, e às exposições as situações de risco. Neste sentido, configurou-se uma relação com a noção de vulnerabilidade, à medida em que esta noção estabelece uma discussão com a uma dimensão social da epidemia, possibilitando discutir sobre como o impacto de aspectos sociais como preconceitos, estigma, exclusão, dificuldades de acesso à serviços e cuidados assistenciais em saúde, exercia influencias na infecção pelo HIV.

Ademais, esta categoria reflete como as ações e intervenções em saúde, indicadas nas portarias, deveriam ser executadas no sentido de redução de danos, diagnóstico do HIV, controle das ISTs, redução da transmissão vertical do HIV para diminuir as infecções pelo HIV, bem como a quais grupos deveriam ser focalizadas, sugerindo os grupos mais vulneráveis, definidos como pessoas privadas de liberdade, gestantes, homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo e usuário de drogas.

3.Epidemiológico-clínico

Nesta categoria, risco não mais qualifica uma condição populacional, mas indica uma relação entre fenômenos individuais e coletivos. Aspectos sociais aparecem para validar e para instrumentar as condições atribuídas aos fenômenos de risco da infecção pelo HIV, ou seja, o

social é considerado a partir de uma perspectiva mais utilitária e delimitada e não considerando suas características dinâmicas e suas ambiguidades. Aqui a única subcategoria atrelada é a exposição à situação + população de risco acrescido.

É nesta categoria que o risco assume um caráter mais analítico-intervencionista, referido às condições de suscetibilidade individual, influenciada pela discussão do social na epidemia do HIV/Aids. O social da epidemia referido nas portarias diz respeito às condições de vulnerabilidades a que determinados grupos sociais e seus indivíduos tenham, como seus direitos e o acesso à saúde restritos ou negados. Ou seja, o meio social é residual, um panorama de fundo, e assume uma função fundadora na associação entre os conhecimentos biomédicos e aspectos técnico-metodológicos.

É possível verificar que a dimensão do biológico e do social se encadeiam em uma articulação político-epidemiológica, como se atribuísse uma correspondência imediata e reflexiva a biologia dos corpos e do vírus e à realidade, mas ainda como se os sistemas biológicos fossem preponderantes frente aos sistemas sociais. Os aspectos sociais são tratados como efeito decorrente e acessório da ação biológica.

Neste sentido, o indivíduo assume um papel central na prevenção ao HIV e no tratamento, caso já conviva com o HIV/Aids. Os mecanismos da infecção são considerados sob a face da biologia dos corpos com intervenções das biotecnologias, unidos pelo elo frágil da vulnerabilidade.

DISCUSSÃO

Antes de iniciar a discussão da análise dos dados, cabe lembrar alguns pressupostos adotados neste trabalho. O modo de construção da análise foi indutivo, partindo de premissas da construção de risco na política de HIV/Aids amparado nas noções de risco epidemiológico, e assim, permeado pelos embates da Epidemiologia (BARRETO, 1994). Ademais, é notório que o risco também perpassa e é amparado pelas questões consideradas sociais, incluso pelos fundamentos de vulnerabilidade (AYRES, 2003). Entretanto, dado que poucos trabalhos constroem o debate entre o risco epidemiológico e o HIV/Aids, a escolha foi dada na ênfase da discussão em risco epidemiológico.

A tensão biológico/social não está desvinculada de outras questões conceituais, teóricas e mesmo epistemológicas em pauta na Epidemiologia: a determinação do processo saúde doença, a linearidade da explicação epidemiológica, o conceito de risco, etc. Considerou-se o

material analisado mencionado com o conceito de risco como sendo uma expressão do pensamento epidemiológico, que por sua vez embasa as políticas de HV/Aids brasileira.

A análise global do material resultou na sistematização das noções que podem ser agrupadas em dois grandes blocos: o contraponto social-biológico e complexo indivíduo-coletivo. A primeira noção que emergiu foi identificar o biológico com o atributo individual. É como se as coisas coletivas fossem necessariamente da esfera do social e as do indivíduo, necessariamente, da esfera biológica. Ainda que se saiba que atributos individuais e biológicos não sejam propriamente sinônimos, em grande parte das referências nas portarias essas esferas aparecem auto referidas e intimamente atreladas. Assim, predominou a concepção de que a determinação do processo saúde-doença é sempre social, coletiva; e o biológico é sempre particular, individual, clínico (IANNI, 2008c). Esta herança vem dos referenciais teórico-epistemológicos que já discutidos, e que recaem sobre essas duas categorias fazendo com que não se explicita, clara e exatamente, de que biológico e individual se fala, e como assim quais são os atributos específicos de cada uma dessas categorias e suas inter-relações.

Aqui as referências ao biológico e ao social emergem quase como categorias opostas, porque de imediato não estão em contradição, mas aparecem em espaços bem delimitados nas categorias Epidemiológico-Biológico e Epidemiológico-Social.

Biológico pode ser considerado como atributo de seres orgânicos, vivos, coletivos e individuais. Sendo assim, biológico e social não configuram uma contraposição. O biológico é social, seja na esfera dos seres individuais ou dos seres em comunidades, coletividades, populações (IANNI, 2008c). Portanto, a realização de esforços no sentido de trabalhar o objeto epidemiológico e suas derivações - como risco - a partir dessas relações, aprofundando o diálogo interdisciplinar e epistemológico, com menos delimitação de territórios de saberes disciplinados, e mais como processos e interações, como, de fato, o são.

Embora a Epidemiologia se ocupe das populações, é interessante observar que ela conserva a qualidade biologicista do enfoque individual da Clínica e reduz o social ao coletivo, como sendo um somatório de indivíduos, ignoradas as relações entre eles. Esta disciplina obtém a legitimação da causa da distribuição das doenças como decorrente da distribuição de atributos individuais e a legitimação do social como unidimensional, desprovido de historicidade.

A Epidemiologia é filha da Clínica e também sua herdeira, e não está isenta de suas determinações (MENDES-GONÇALVES, 1990). O saber epidemiológico é uma extensão do saber clínico, sendo que as práticas instrumentalizadas da epidemiologia são uma extensão da prática clínica. E não é por simples derivação, mas sim por um conceito biologicista de doença. Ou seja, significa dizer que os seus conceitos fundantes - tais como doença está para a clínica

e risco está para a epidemiologia – possibilitam uma intervenção legítima no social. Isto porque, apesar da intervenção ser individualizada, reduzida a uma abstração biológica, este ser individualizado é sempre um homem concreto socialmente determinado. Assim a intervenção é em última instância sobre o social, mas paradoxalmente, sobre um social em forma de negação. O enfoque populacional da Epidemiologia conserva a qualidade biológica do enfoque individual da clínica, ao explicitar o social reduzindo-o ao coletivo, um conjunto de indivíduos.

Isto nos permite dizer se caracterizou o social com uma certa característica da clínica, contudo, o social não é tão linear. O social é por sua própria natureza múltiplo e conflituoso. Nesse tipo de conformação do social ao modo das ciências naturais com a clínica invalidou outras posições em conflito no social, pois torna uma ciência do social naturalizada, expressando apenas uma face do social.

Neste contexto que se encontra a Epidemiologia tradicional, e como crítica, emerge a Epidemiologia Social. De fato, a epidemiologia também trata do coletivo, o que define os vínculos que tem com as ciências da sociedade. Estas conexões aparecem nos estudos de determinação social das doenças no século XIX, em especial com os pressupostos da sociologia funcionalista e com os métodos e técnicas do inquérito social, compartilhando relações com a estatística e a ecologia.

Estas referências históricas já mencionadas ainda permanecem na epidemiologia e influenciam a emblemática discussão sobre as diretrizes políticas de HIV/Aids, entre ora modelos biomédicos e ora uma perspectiva mais social.

Na discussão sobre a biologia vemos quase sempre uma referência ao individual, de uma natureza “intocada” e que não sofre atuação da historicidade. Ou seja, vemos na subcategoria de possibilidade/chance de transmissão uma visão que pertence os limites do corpo do indivíduo, representado por fluidos potencialmente infecciosos, através do olhar epidemiológico da história natural das doenças que sugerem uma possibilidade de prevenção. Ainda, de forma mais direta, vemos uma noção de transmissão na biologia do corpo de forma linear, como se estes corpos, que se interagem e relacionam, e trocam fluidos não transformassem as cadeias de transmissão e exigissem uma nova maneira de pensar em prevenção.

Na categoria Epidemiológico-clínico há aproximação com a discussão sobre a Epidemiologia Clínica em que se acrescenta a noção de risco individual. Contudo, refere-se a um outro tipo de indivíduo, um simulacro de sujeito, reconhecidos por suas probabilidades individuais de infecção ao HIV e por isso, de sua responsabilidade inteirar-se de práticas preventivas. Trata-se de sujeitos não-subjetivos, somente um “perfil epidemiológico” que é alvo

de uma variedade de alternativas preventivas e recombinação-as, isto por si só, deve dar conta da transmissão e infecção do vírus.

Assim, vemos como as políticas sofrem e são afetadas pelo modo que se configura a discussão do social em saúde, especificamente na epidemiologia, mas são pouco permeáveis a novas formas de pensar a natureza-biologia, e com isso, considerar um outro tipo de indivíduo. Este indivíduo não é mais estático, é um indivíduo *cyborg* (HARAWAY, 1991) permeado de tecnologias e habitado por sistemas de informações, representante de um simulacro nos grandes bancos de dados epidemiológicos, os *Big Data*. Aqui se exemplificam a nova crença na ciência em que tudo que é passível de ser mensurado e deve ser mensurado, em uma ideia de que os dados possibilitarão prever o futuro. Essa tendência se configura com uma crença no progresso técnico e científico, mas com de um novo aspecto: mais dados de algum modo significam mais explicações, e assim uma melhor compreensão da realidade e dos processos saúde-doença.

Este homem *cyborg* se conecta com a vida cotidiana por meio de redes de circuitos de transições bancárias, aplicativos, smartphones, mídias digitais de informações e conexões. Donna Haraway faz uma análise crítica deste homem pós-moderno dizendo que é um híbrido de máquina e organismo, “uma criatura de realidade social quanto uma criatura de ficção” (1991, p.149).

Este homem pós-moderno é perpassado pelo o conceito de risco, sendo este fundamental na forma como configura a produção de vida. A vida vai sendo definida a partir de probabilidades de ocorrência de eventos vitais de toda ordem, incluso eventos da saúde. E nos termos de saúde, o que se compartilha com os outros é o risco. É como ousa Almeida-Filho (1992):

“Ao se definir como discurso privilegiado sobre o risco, a Epidemiologia pós-moderna passa a ter perante o *cyborg* o mesmo papel que a Clínica teria assumido em relação ao homem moderno.” (p.151).

O conceito de risco aqui com toda sua complexidade simbólica e analítica revela, pelo lado da patologia, um ser que é não mais o homem que reconhecemos (ALMEIDA-FILHO, 1992).

Ainda, problematizando sobre o trecho em que aparece a gradação do risco e uso do esquema profilático de antirretrovirais (esquema da PeP), vemos que se antes tínhamos a sensação de certezas em que podíamos atuar de modo mais concreto sobre as decisões que balizavam a relação profissional-paciente, atualmente a sensação de incertezas é fundante. A questão da incerteza não diz respeito se determinada exposição ao HIV implica em risco ou não, mas em um momento onde as incertezas e os riscos são socialmente distribuídos.

O risco aqui implica em um conflito central no interior na racionalidade moderna, pois se na sociedade industrial a racionalidade instrumental é o que determina o controle das situações, na sociedade do risco a imprevisibilidade e os efeitos secundários se constituem como base da incerteza (BECK, 2010).

Primariamente, o conceito de risco se integra ao discurso da clínica para objetivar, ou seja, é incorporado como uma solução técnica para uma questão fundamental do campo: a incerteza no processo de tomada de decisões. Assim, o risco assume um lugar de suprimir a lacuna de certezas na prática clínica, e a incorporação do componente de probabilidade do risco pretende preencher tal demanda. Entretanto, tal substituição transforma o sentido e o caráter de risco de coletivo para o indivíduo no singular.

Ainda, no caso do uso tecnológico do conceito de risco uma ambiguidade aparece como marcante nos efeitos discursivos e práticos: o uso da expressão “sob risco”, que implica na fusão entre fator de risco e o risco propriamente dito. Assim, portar um fator de risco, ou ser pertencente de um “grupo de risco”, ou seja, estar “sob risco” terá o mesmo efeito de qualquer sinal clínico. Isto significa dizer que estar “sob risco”, além transformar aquele indivíduo – pertencente de certo grupo social - em paciente em potencial, implica em uma série de intervenções de sua condição portadora de risco.

O diagnóstico de risco nos indivíduos repousa nas propostas de intervenção e no projeto de tratá-las, ou seja, em uma “terapêutica dos riscos”. Não seria, de certo modo, a noção de população-chave para o HIV/Aids sendo transformada em projetos de intervenção? Em um agir sobre certos grupos, estando “maior risco” ou sendo “mais vulneráveis”, mas que, pouco se considera sobre relações históricas daquele grupo, que sempre esteve em margem de exclusão?

Parece que se está depositando uma expectativa irrealista na biologia dos corpos e na biologia do vírus, como se estes fossem interagir em uma equação racional e linear e assim impactar a realidade na diminuição das infecções pelo HIV. A ambiguidade entre incorporação tecnológica e as expectativas de impactos positivos na saúde e na epidemia, revelam que as contradições dos êxitos das incorporações tecnológicas impõem uma lógica de incerteza, e ainda trazem consigo uma série de implicações e efeitos subjacentes que reposicionam os indivíduos.

Não se trata de discutir se a incorporação tecnológica é boa ou má, mas sim, sendo ela precisamente um avanço civilizatório no controle da epidemia, ela é uma realidade. Urge a necessidade de se ter um olhar plural sobre o problema. A apropriação tecnológica como progressiva acumulação de ganhos passa a não ser objetivamente real, pois seguimos em tipo de racionalidade das sociedades industriais do século XIX, com a fé no estatuto da verdade da

ciência, apoiando-se na ideia que quanto maior apropriação tecnológica para controle da epidemia melhor serão os efeitos e impactos a médio e longo prazo na diminuição das infecções pelo HIV. A discussão desenvolvida por Beck (2010) questiona essa ideia e nos conduz a refletir sobre essa ambiguidade.

Neste caso, apesar de estarmos imersos pela técnica e pelas tecnologias, não nos sentimos nem menos perturbados ou mais livres dos fantasmas da epidemia: o medo, a dor, a culpa e o estigma (SEFFNER E PARKER, 2016). No caso da Prevenção Combinada é como se esperássemos que tais estratégias preventivas transformassem os conflitos subjetivos e sociais dos indivíduos afetados pela epidemia em uma diminuição da incidência e da mortalidade da epidemia. A Prevenção Combinada assume papel central na prevenção e recai sobre os indivíduos, ou seja, depende da sua vontade e empenho assumir uma postura preventiva, e cada estratégia deve controlar o circuito do vírus e sua transmissibilidade. Entretanto, as respostas à epidemia não encaram as contradições e problemas sociais, e isto torna a ação, seja individual ou coletiva, fragmentada. Este tipo de abordagem estimula e promove práticas exclusivamente individuais, encobertos por uma suposta intervenção coletiva.

O que se vê é a constituição da biologia da epidemia como o grande agente da ação e objeto de interesse, mas justificada por uma base “social” em que indivíduos pertencentes a grupos sociais, por estarem em uma condição mais vulnerável, devem tornar-se o alvo para contenção do vírus. Parece haver uma confusão de sentidos nas justificativas sociais das atuais ações, como na implementação das tecnologias e os benefícios ao público-alvo, como se estes grupos fossem apenas alvo da ação, servindo de descrição para o sucesso e eficácia do conhecimento técnico.

Uma coisa a se evidenciar nessa análise é o fato de que a noção de risco implica diretrizes nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids desde os primórdios dessa política. Foram verificadas mudanças no conceito de risco no decorrer do tempo, pois se inicialmente estava mais relacionado à dimensão biológica do risco, aos poucos, foram sendo acrescentadas à dimensão social e, recentemente, à dimensão clínica. Isto implicou em uma constatação que o conceito de risco, na verdade, pode ser considerado uma noção. Noção no sentido de dinamicidade nas rupturas de sentido e significado ao longo dos anos em que foi sendo utilizado nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids.

O risco foi inicialmente atribuído na epidemia da aids para estabelecer um uma organização explicativa sobre os mecanismos de transmissão do vírus. Com as pressões dos movimentos sociais de HIV/Aids com seus ativistas e as organizações da sociedade civil (ONGs) junto ao corpo de especialistas da saúde coletiva advindos da academia, os conceitos

de grupo de risco, comportamento de risco foram substituídos pela ideia de vulnerabilidade (AYRES, 1997). O constructo da vulnerabilidade marcou a epidemia da aids e o desenvolvimento de explicações sobre as infecções e como afetavam certos grupos sociais (homossexuais, bissexuais, usuários de drogas, mulheres heterossexuais, entre outros). De certo modo, o vigor da vulnerabilidade surgiu como um modelo explicativo sobre as condições sociais desiguais sob os quais estes grupos sociais vivenciavam suas experiências de vida, e assim, afetavam sua situação de risco frente à infecção pelo HIV.

Mais recentemente, desde o início de 2010, verifica-se que novas diretrizes foram sendo incorporadas à política de enfrentamento do HIV/Aids, as quais impactaram o modo como eram, até então, encarado algumas questões, como a autonomia, por exemplo. Neste sentido, depara-se com uma contradição: por um lado alcançou-se a liberdade individual da escolha das formas e métodos de prevenção e dos tipos de cuidado assistencial, por outro, os indivíduos se tornaram mais dependentes das estruturas médicas e sanitárias a fim de garantir sua saúde.

Como as diretrizes das políticas estão voltadas, em grande medida, ao planejamento e gestão, a principal consequência é a formulação de políticas e ações que não levam em conta a dimensão do tecido social em transformação, em como as populações experienciam os riscos. Em muitos casos, o resultado pode ser um fracasso das ações mitigadores dos riscos.

Em geral, o risco é tratado como um conceito, em que a Epidemiologia, por exemplo, mais comprometida com o objetivismo traz em seu bojo métodos e técnicas de pesquisa, como a quantificação, a noção de um indivíduo racional e autônomo, e a tendência de analisar os fenômenos circunscritos a um pequeno contexto de causação (biologia do vírus - corpos humanos). Estas características trazem uma aparência de segurança, por produzir certezas científicas, enquanto mostram-se extremamente frágeis, de fato, já que o controle das infecções ao HIV ainda continua a escapar.

Aqui mostra-se um tipo de racionalidade das sociedades industriais do século XIX, com a fé no estatuto da verdade da ciência, baseado na ideia correspondência da apropriação tecnológica para controle da epidemia e assim, uma melhoria na epidemia, com redução das infecções pelo HIV e mortes por Aids. A discussão desenvolvida por Beck (2010) questiona essa ideia, confrontando sobre essa ambiguidade: a tecnologia é um marco no avanço civilizatório no controle da epidemia, mas que, traz consigo uma série de implicações e efeitos subjacentes que reposicionam os indivíduos, pois as relações sociais apresentam conflitos decorrentes do uso da estratégia quimioprolática, como revela o estudo recente com usuários da PReP (BRANDAO, 2018).

Nesta busca incessante de se estabelecer controle ao risco, excluindo a incerteza, a contradição inevitavelmente aflora. Na sociedade contemporânea o risco da infecção pelo HIV passou a retomar uma conotação moral, como se fosse um exercício de opção entre estar em risco ou não. Ainda vigora um discurso, onde as vítimas são responsabilizadas pelas suas escolhas, feitas em detrimento das regras e normas.

Há uma necessidade de repensar no risco como uma questão dupla: tanto pelo aumento absoluto na incidência da infecção pelo HIV a certos grupos sociais, quanto ao aumento no investimento social de combate o HIV, mas que não pouco se faz acompanhar de êxito de progresso científico, visto que as infecções não diminuem. Não se pode (re)negar é que a epidemia é decorrente de um modo social de organizar a vida, com questões contraditórias transitórias e outras permanentes, e com uma intervenção hipertrofiada de contenção do vírus nos corpos, devido aos campos da biologia e química que balizam as diretrizes de intervenções e práticas de saúde para prevenção e assistência ao HIV/Aids.

Neste emaranhado epistemológico entre social X individual, coletivo X indivíduo as questões são complexas em instancias de formulação e aplicação do pensamento em saúde. Talvez o panorama para o futuro sobre das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids seja retornar a estas bases de discussão, que foram importantes no campo da Saúde Coletiva, tanto nas ciências sociais em saúde quanto nas ciências biológicas e epidemiológicas aplicadas a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cisão entre biológico-social foi bastante evidenciada na discussão. Talvez o que possa ter contribuído com tal cisão, até mesmo dentro da grande área temática do HIV/Aids, seja a falsa questão em que se transformou repensar as articulações entre social e biológico: uma ameaça que passou a dividir entre “progressismo” e “conservadorismo”, quando parece óbvio, de uma perspectiva histórico-social mais ampla, que mesmo a perspectiva mais biológica e biomédica desempenhou um papel crítico e de desenvolvimento sobre o enfrentamento ao HIV.

É evidente que houve algumas tentativas, no campo da saúde coletiva, que se propuseram ampliar a concepção sobre o social. Este movimento foi verificado na crítica da Medicina Social (Madel Luz) e preventiva (Dina Czeresnia) e algumas vertentes da Epidemiologia Social (Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Rita Barradas, entre outros), com a inserção das ciências sociais em saúde, na produção de consciências sociais alternativas, por referência àquela que a constituiu tradicionalmente. Entretanto, o esforço empreendido foi de evidenciar que o embate entre biológico X social influenciam a noção de risco adotadas nas

portarias. E é nesse paradoxo que se encontram as considerações sobre a política de enfrentamento ao HIV/Aids: por um lado, um avanço imensurável sobre as biotecnologias para intervenção em saúde, principalmente na prevenção, por outro lado, o movimento mais crítico acadêmico e também dos movimentos sociais de HIV/Aids em uma tentativa de resgate ao debate fundado nos anos 2000 sobre as bases dos direitos humanos e vulnerabilidade. Cabe pontuar que não me faço contra ou inocente quanto a importância deste debate, mas que devemos ampliar nossa compreensão sobre o social. E isso depende do vislumbre de uma política de enfrentamento ao HIV/Aids mais coerente e efetiva quanto o aumento de infecções, e o aumento no número de mortes por aids.

Se a sociedade se move, a Epidemiologia e seus constructos se refinam. O mais notável aperfeiçoamento que foi dado ao risco, está inscrito nos signos de “gerenciamento de riscos”, “autogestão dos riscos individuais”, entre outros relacionados a isto, bem como inscrito em ações de prevenção cientificamente fundamentadas. Isto implica em considerar que as tecnologias não são mais instrumentos, mas sim formas sociais econômicas de e na saúde.

Risco ainda é considerado nas políticas de enfrentamento ao HIV/Aids como um perigo objetivo, mas deve-se lembrar também que ele é mediado necessariamente por processo social e cultural e não pode ser estabelecido de forma isolada deste. Para Beck (2010), risco seria algo mais ou menos inevitável, mas que só existe em termos de conhecimento estabelecido sobre ele. Assim, pode-se reduzir o risco através do conhecimento, mas não o eliminar.

Sobre o status científico de risco entende-se que este pode ser classificado como uma noção de caráter metodológico e epistemológico, visto que é atravessado por diversas disciplinas do saber já citadas, como Epidemiologia, Ciências Sociais, Estatística e Economia. Essas dificuldades de definição ilustrariam, por si só, uma dificuldade teórico-metodológica. A ideia deste estudo foi de realizar uma aproximação ao conceito de risco nas políticas de enfrentamento de HIV/Aids com o propósito de instaurar outro olhar teórico, baseado na teoria social, e se assim, seria possível vislumbrar novos espectros de compreensão para o fenômeno do risco e seus sentidos relacionados ao HIV/Aids.

É a partir de uma abertura a outras consciências possíveis, que questionam a natureza do tecido social, que outros projetos de compreensão e de intervenção sobre as dimensões sociais da saúde poderão possibilitar um maior entendimento sobre os fenômenos de saúde. Sejam projetos políticos acerca de tecnocracias – como modelo de governabilidade funcional com o uso das ciências em todos os âmbitos governamentais -, ou de metodologias e de epistemologias fundantes do campo da saúde coletiva que terão algum impacto sobre a saúde, e de fato, alguma forma de incidir sobre o enfrentamento ao HIV/Aids.

Por fim, a questão não é a anulação das outras vertentes, tanto na epidemiologia quanto em outras disciplinas, que permeiam o tema do HIV/Aids, mas um diálogo, uma abertura para possibilidade de confluências e debates enriquecedores. Este trabalho se expressa no conceito de risco em outras trilhas, mesmo que o presente ainda deslize em ambiguidades, mostrou, ao menos, outro caminho, ampliando alguns horizontes na longa história desta epidemia.

Referências bibliográficas

AGENCIA BRASIL [homepage da internet]. Auto-teste de HIV estará disponível nacionalmente até o fim de julho em farmácias. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-07/autoteste-de-hiv-estara-disponivel-nacionalmente-ate-fim-de-julho-em-farmacias>

ALMEIDA-FILHO, N. Anotações sobre o conceito epidemiológico de risco. Estudos sobre tecnobiociências e risco na sociedade contemporânea - **Enterisco**, 2003. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/>

ALMEIDA-FILHO, N. **A Clínica e a Epidemiologia**. Salvador: APCE-ABRASCO. 1992.

ANVISA [homepage da internet]. Teste de farmácia para HIV ganha registro no Brasil. Primeiro autoteste para detectar exposição ao vírus da Aids foi registrado no Brasil. Produto poderá ser vendido em farmácias. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/teste-de-farmacia-para-hiv-ganha-registro-no-brasil/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=pt_BR

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS, G.J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. **II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS** - IMS/UERJ - ABIA, pp. 20- 37, 1997.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco** - para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997 a.

AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade e AIDS: Para uma Resposta Social à Epidemia. **Boletim Epidemiológico**. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1997 b.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

AYRES J.R.C.M.; FRANÇA Jr., I.; CALAZANS G.J.; SALETTI Filho H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA D, FREITAS C.M., (Org.). **Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 117-38, 2003.

AYRES J.R.C.M.; CALAZANS G.J.; SALETTI Filho H.C.; FRANÇA JR., I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS GWS, BONFIM JRA, MINAYO MCS, AKERMAN M, DRUMOND Jr. M., CARVALHO YM organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 375-417, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Entrevista com José Ricardo Ayres. Entrevista conduzida por: Castellanos, M.E.P e Baptista, T.W.F. **Saúde Sociedade**. v.27, n.1, p.51-60. 2018.

BARATA, R.B. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? **Caderno de Saúde Pública**, v.12, n.4, p555-560. 1996.

BARRETO, M.L. A Epidemiologia, sua história e crises: notas para pensar o futuro. In: Costa, D. C. (Org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC, p.19-38

BBC BRASIL [Homepage da internet]. Superbactérias avançam no Brasil e levam autoridades a correr contra o tempo. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-40561948>

BBC BRASIL [Homepage da internet]. Biologia do HIV. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/especial/1357_biologia_aids

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. 2. Ed. São Paulo: Editora UNESP, pp. 11-87, 2012.

_____. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, pp. 105-228, 2010.

BECK, U. “Momento cosmopolita” da sociedade de risco. **Com Ciência**, n.104. 2008.

BEZERRA Jr. B. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In. ALMEIDA, M.I.M., NEVES, S.C.. **“Por que não?”: Rupturas e continuidades da contracultura**. Rio de Janeiro: 7Letras, pp. 129-154, 2007.

BIRMAN, J. A physis da Saúde Coletiva. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, n.1, V.1, pp.7-11. 1991.

BLUMENTHAL, J; HAUBRICH, Richard. Risk Compensation in PrEP: An Old Debate Emerges Yet Again. **Virtual Mentor**. V.16, n.11, p. 909–915.2014.

BRANDÃO, R.R.S. **Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) no contexto do processo de individualização e saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-15062018-135509/pt-br.php>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRITO, I. Políticas de prevenção e estratégias adotadas no país. In: ABIA. Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios. Rio de Janeiro, p. 9-18, 2010.

CALAZANS, G.J, PINHEIRO, T.F. AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do hiv e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Revista Latino Americana: Sexualidad, Salud y Sociedad**, n.29, p.263-293. 2018.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM (Org.) **Promoção da Saúde - conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 59-81. 2003.

CARVALHEIRO, J.R.. Epidemiologia da Aids: garimpendo novos paradigmas. IN: VERAS, RP., et al., orgs. **Epidemiologia: contextos e pluralidade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CASTIEL, L.D., GUILAM, M.C, FERREIRA, M.S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS-SP. **Guia Básico de Prevenção Combinada. O Que É? Como Fazer? Onde Saber Mais?** 2017.

CHEQUER, P. A prevenção da Infecção pelo HIV e as novas tecnologias. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, V.4, n.2, p.113-30, 2010.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In ABIA. **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro, p. 9-17, 2016.

COSTA, D.C, COSTA, N.R. Teoria do conhecimento e Epidemiologia: um convite a leitura de John Snow. In: Costa, D. C. (Org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC, p.167-202.

CZERESNIA, D. Construção científica e renovação teórica: um desafio para a epidemiologia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n.3, pp77-90. 1993.

DE CAMARGO JR, K. R. A importância das abordagens abrangentes na prevenção do HIV/Aids. EDITORIAL. **Physis**, v.23, n.3, 2013.

DE LUIZ, G.M.; SPINK, M.J. O gerenciamento dos riscos no cenário da aids: estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual. **Athenea Digital**, V.13, n.3, p. 39-56, 2013.

FERNANDEZ, N. Gerenciamento de riscos em tempos de novas tecnologias de prevenção na perspectiva dos direitos humanos. In: ABIA. **O retorno do vírus ideológico**, Boletim, nº 60, 2015.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Revista Brasileira Epidemiologia**, suppl.18, p.89-103, 2015.

FORATTINI, O.P. **Epidemiologia Geral**. São Paulo: Editora Edgard Blücher-EDUSP. 1976.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da AIDS. **Estudos Avançados**. V.9, N.24, p. 229-238, 1995.

GROTTO, R.M.T., PARDINI, M.I.M.C. Biologia molecular do HIV-1 e genética da resistência humana à AIDS. **Arquivo Ciência Saúde**, v.13, n.3, p.61-64. 2006.

GUILAM, M.C.R. **O conceito de risco - Sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais**. 1996. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/>

HARAWAY, D.J. Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. IN: **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Organização e tradução Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

IANNI, A.M.Z. **Mudanças sociais contemporâneas e saúde: estudo sobre teoria social e saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

IANNI, AMZ. Sobre a aplicabilidade da teoria de Ulrich Beck à realidade brasileira: situação de saúde e ação política. **Estudos de sociologia**, v.15, n.29, p.471-490, 2010.

- IANNI, A.M.Z. Desafios para um novo pacto sanitário: biotecnologia e risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, suppl.1, p.837-846, 2008.
- IANNI, A.M.Z. Saúde Pública e Sociedade de Risco. **Revista de Direito Sanitário**, v.8, n.3, p38-48, 2008b.
- IANNI, A.M.Z. Entre o biológico e o social. Um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia, 1990-2002. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.11, n.1, p. 24-42. 2008c.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmeses da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LEITE, G.S, MURRAY, L., LENZ, F. O Par e o Ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. **Revista Brasileira Epidemiologia**, suppl.18, p.7-25. 2015.
- LIEBER, R.R; LIEBER, N.S.R. O Conceito de Risco: Janus reinventado. *In*: MINAYO, M.C.S; DE MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf#page=70>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- LUIZ, O.C. **Ciência e risco à saúde nos jornais diários**. São Paulo: Editora Annablume. 2006.
- MARQUES, M.C.C.: 'Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil'. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol. 9 (suplemento), p. 41-65, 2002.
- MARSIGLIA, R.G, BARATA, R.B., SPINELLI, S.P. Determinação social do processo epidêmico. **Saúde Sociedade**, v.27, n.4, p.1004-1012. 2018.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. *In*: Costa, D. C. (Org.) **Epidemiologia: teoria e objeto**. São Paulo: HUCITEC, p. 39-86. 1990.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094500-001.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História da Aids**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1985>. Acesso em: 12 jul. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, 2018a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, 2018b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de orientação: elaboração de portarias no Ministério da Saúde**. Brasília, 2010.

MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, salud y sociedad**, n. 1, p. 125–157, 2009.

NUNES, ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Ed. Fiocruz; 2009. p. 295-315.

PIOVESAN, A, TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n.4, p.318-325, 1995.

PARKER, R. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

PARKER, R. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PARKER, R., AGGLETON, P. **Estigma, Discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), 2001. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface**, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

PERRUSI, A. Carne com carne. Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. **Revista de Ciências Sociais**, n. 37, p. 179-200. 2012.

QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Tradução de MARQUES, J.M.; MENDES, M.A.; CARVALHO, M. 4ª ed.: Gradiva, 2005. 142p.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, v.2, n.2, p.46-71, 1998.

SEFFNER, F., PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro, p. 24-32, 2016.

SPINK, M.J. Suor, arranhões e diamantes: as contradições do risco na modernidade reflexiva. Estudos sobre tecnobiociências e risco na sociedade contemporânea - **Enterisco**, 2003. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/>

SPINK, M.J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Caderno de Saúde Pública**, v.17, n.6, p.1277-1311, 2001.

SOUZA, C.T.V. **Características sóciodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "projeto Rio"**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001.

STRUCHINER, C.J., PINTO, M.E. A diversidade do HIV-1: uma ferramenta para o estudo da pandemia. **Caderno Saúde Pública**, v.22, n.3, p.473-484. 2006

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2014.** Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

ANEXOS

I. Planilha de risco detalhada

Tipo	Ano	Trecho	Subcategoria	Categoria
PORTARIA Nº 236	1985	São considerados grupos em risco para a doença: homossexuais e bissexuais masculinos; usuários de drogas injetáveis; hemofílicos ou politransfundidos.	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		Caso Suspeito: É aquele que, pertencendo a um grupo de risco , apresenta um ou mais dos sintomas prodromáticos de SIDA ou AIDS[...]	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		Caso Confirmado: É o indivíduo que, pertencendo a algum grupo de risco , apresente uma ou mais das seguintes entidades mórbidas [...]	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		As medidas de controle e prevenção do AIDS consistem na execução de um conjunto de ações sobre os Casos confirmados, Casos suspeitos, Comunicantes, e Grupos em risco , quais sejam: A investigação epidemiológica consta da identificação do grupo em risco , meio de transmissão e identificação de comunicantes.	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		Para os indivíduos pertencentes aos grupos em risco realizar-se-ão apenas programas de educação sanitária	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		O AIDS, como doença sexualmente transmissível, deve ser prevenida através da informação aos indivíduos dos grupos em risco (homossexuais ou bissexuais do sexo masculino) sobre a maior incidência da doença com a multiplicidade de parceiros sexuais, esclarecendo-se que o risco aumenta proporcionalmente ao número de parceiros.	pertencer a certos grupos sociais; probabilidade de infecção	epidemiológico - social; epidemiológico - biológico
		A Prevenção do AIDS transfusional[...] após tratamento pelo calor ou por métodos químicos que inviabilizem a sua infectividade, proibindo-se gradual e rapidamente a utilização daqueles não tratados (pelo seu maior risco potencial de transmitir AIDS).	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		[...] há que se incentivar as indústrias nacionais e produzirem produtos tratados, visando à eliminação do risco de transmissão do AIDS	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Os indivíduos pertencentes aos grupos em risco serão submetidos apenas à educação sanitária.	pertencer a certos grupos sociais;	epidemiológico - social
		Segundo o grupo em risco da síndrome, deve-se considerar a SIDA ou AIDS, sob os seguintes aspectos epidemiológicos: [...] risco limitado para o pessoal da área de saúde.	pertencer a certos grupos sociais; probabilidade de infecção	epidemiológico - social; epidemiológico - biológico
PORTARIA Nº 01 DGS/RES	1989	A todas as pessoas com teste anti-HIV positivo devem ser dadas as seguintes recomendações quanto aos seus futuros procedimentos [...] evitar a gravidez, pelo risco da transmissão ao feto	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Para diminuir o risco de contaminar outras pessoas, devem ser dadas aos indivíduos com sorologia positiva [...] usar individualmente escovas de dentes e aparelhos de barbear, em virtude de risco de contaminação com sangue	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico

		Em área hospitalar rigorosas precauções devem ser adotadas na assistência médica a portadores de sida/aids, portadores assintomáticos e indivíduos pertencentes a grupos de risco que apresentem sinais de sintomas (indivíduos com suspeita clínica) que possam sugerir sida/aids (linfadenopatia generalizada, perda de peso e febre não explicadas e prolongadas).	pertencer a certos grupos sociais	epidemiológico - social
		As agulhas não devem ser entortadas ou reinseridas nos protetores (procedimento que propicia, mais freqüentemente, a ocorrência de acidentes), devendo ser descartadas em local apropriado, em recipientes resistentes e de paredes duras (por exemplo: latas vazias de mantimentos com tampas, obtidas junto ao serviço de nutrição; caixas de papelão duplamente reforçadas; caixa de isopor de parede espessa etc), a fim de evitar-se o risco da punção acidental dos dedos.	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		As seringas e agulhas devem ser necessariamente descartáveis. Se possível, usar seringa e agulha em peça única, ou aquelas em que a agulha possa ser rosqueada à seringa para reduzir o risco de extravasamento .	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Os funcionários do hospital que tenham depressão imunitária ou estejam em período de gestação não devem ser colocadas em contato direto com os portadores de sida/aids, pelo risco de aquisição de infecção oportunistas	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Como parte dos cuidados <i>post-mortem</i> há necessidade de notificação administrativa dizendo que o cadáver pode oferecer risco de transmissão do vírus HIV. Como decorrência, devem ser tomadas precauções apropriadas em relação aos líquidos corporais do cadáver, de modo a impedir a exposição percutânea ou de mucosa das pessoas participantes do velório.	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
PORTARIA INTERMINISTERIAL L N° 869	1992	Considerando que os convívios social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco	exposição à situação	epidemiológico - social
PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 796	1992	Há preocupação legítima por parte de pais, professores, funcionários e até das próprias crianças, em escolas de primeiro grau, quanto a eventuais riscos de transmissão do vírus da AIDS no ambiente escolar	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Situações nas quais pessoas podem se expor a sangue de contaminados, tendo igualmente lesões de tegumento cutâneo, oferecem riscos potenciais [...]	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Secreções e excreções (saliva, suor, lágrima, fezes e urina), excluídos o sangue, esperma e secreções vaginais, não geram risco palpável , inexistindo relatos de contaminação por intermédio delas.	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Precauções simples e rotineiras de higiene em relação às secreções ou excreções, nas escolas e em quaisquer outras situações de convivência, são suficientes para eliminar qualquer risco , mesmo teórico, de contaminação	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		No entanto, o risco teórico pode existir. Por risco teórico deve se entender “algo que nunca ocorreu e é improvável que venha a ocorrer”. Portanto, a transmissão do HIV através de mordeduras não deve ser motivo de preocupação na comunidade escolar.	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico

		Em relação ao mordedor “contumaz” recomenda-se a busca de orientação profissional adequada, por tratar-se de distúrbio de comportamento e não por significar risco de transmissão do HIV.	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Embora o vírus da AIDS tenha sido isolado destas excreções, bem como de secreção nasal, o risco de transmissão por estas vias inexistente	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Qual o risco da transmissão do HIV através da exposição ao sangue? O risco , embora pequeno, existe nas seguintes condições [...] ferimentos com instrumentos perfuro cortantes contaminados. Para que isto ocorra é necessário que haja corte ou perfuração de outrem ou que haja contato imediato do instrumento com mucosa ou pele lesadas. mesmo assim, a quantidade de sangue introduzido deverá ser grande para significar risco .	possibilidade/chance de transmissão; possibilidade/chance de transmissão; probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Existe risco para a comunidade escolar quando uma criança, quer seja positiva ou negativa para o vírus da AIDS, desenvolve doenças como tuberculose ou meningite.	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
PORTARIA N.º 97	1995	As mães em situação de risco para HIV antes de doar leite ou amamentar seus filhos, devem ser orientadas a se submeterem a testes sorológicos, devendo para tal realizar aconselhamento pré e pós-teste .	exposição à situação	epidemiológico - social
		São consideradas com situações de risco para o HIV, as mulheres: usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis; que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados à partir de 1980; que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres); com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis à partir de 1980.	exposição à situação	epidemiológico - social
		Os Bancos de Leite Humano e demais Centros Promotores de Aleitamento Materno devem adotar procedimentos éticos, legais e morais na promoção do aleitamento materno sem risco .	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
PORTARIA N.º 2.415	1996	as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste [...]	exposição à situação	epidemiológico - social
		são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres: usuárias de drogas injetáveis com compartimento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis.	exposição à situação	epidemiológico - social
PORTARIA N.º 874	1997	Sangue: risco mais elevado; risco aumentado; sem risco aumentado	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		De pele risco aumentado. Risco Mais Elevado : presença de ambos : maior volume de sangue, e o sangue contendo alto teor de HIV (por exemplo, doença retroviral aguda ou aids terminal). Risco aumentado : presença de um dos dois: maior volume de sangue, ou sangue contendo alto teor de HIV. Sem Risco aumentado : ausência de ambos os fatores de risco.	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Para a pele, o risco é maior para exposição que envolva uma alta carga de HIV, contato prolongado, área extensa, ou área na qual a integridade da pele está visivelmente comprometida; para exposição de pele sem maior risco , o risco de toxidade ultrapassa o benefício da profilaxia pós-exposição.	probabilidade de infecção; probabilidade de infecção; danos à saúde	epidemiológico - biológico

		Observações: em situações em que a “condição” sorológica do paciente-fonte não for conhecida, deve-se: iniciar esquema anti-retroviral, de acordo com a gradação do risco do acidente	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
		Redução de Transmissão Vertical[...] Recomenda-se que: Seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente de referirem ou não situação de risco para a infecção pelo HIV;	exposição à situação	epidemiológico - social
		Para gestantes infectadas pelo HIV com CD4 < 500mm ³ , carga viral elevada e/ou sintomáticas, poderão receber terapêutica anti-retroviral combinada, a critério médico, após discussão dos riscos com a paciente, de acordo com o “Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 1997”	danos à saúde	epidemiológico - biológico
PORTARIA N.º 774	1999	[...] objetivando a efetivação de ações que reduzam o risco de infecção pelas DST e HIV, e melhorem a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV.	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
PORTARIA N.º 2.314/GM	2002	Levantamento de dados sobre: Características especiais do território quanto a áreas de risco e grupos populacionais vulneráveis e de risco acrescido .	risco social; população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Aconselhamento e diagnóstico para população com risco acrescido (Profissionais do sexo, Homens que fazem sexo com homens, Usuários de drogas, Usuários de drogas injetáveis (UDI), Caminhoneiros, Populações confinadas, Povos indígenas, Garimpo e assentamentos)	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Profissionais de saúde sob risco ocupacional (Profilaxia, Aconselhamento sobre HIV, Diagnóstico do HIV, Triagem para HIV)	exposição à situação	epidemiológico - social
		Aconselhamento e diagnóstico para população com risco acrescido (Aconselhamento sobre HIV, Somente entrega de resultado HIV, Distribuição de preservativos)	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Profissionais de saúde sob risco ocupacional (Profilaxia, Aconselhamento sobre HIV, Entrega do resultado HIV)	exposição à situação	epidemiológico - social
		IEC (Informação, Educação e Comunicação): atividades informativas pontuais de massa envolvendo a mídia escrita e falada e a produção de material instrucional para a população em geral e para populações mais vulneráveis e de risco acrescido , considerando os materiais já existentes em órgão governamentais e não-governamentais.	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Promoção de práticas sexuais seguras: intervenções para mudanças de comportamento, atitudes e práticas sexuais voltadas para a população em geral e para as populações mais vulneráveis e de risco acrescido , incentivando a participação das OSC e de agentes comunitários e pares.	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Apoiar ações de prevenção à aids para a população em geral e mais detidamente para as populações em maior risco , em geral com maiores dificuldades no acesso aos serviços.	população de risco acrescido	epidemiológico - social

		Apoiar iniciativas que contribuam para reduzir ou superar preconceitos ou barreiras sociais que atingem às pessoas vivendo com HIV/aids, às pessoas que possuem comportamentos que podem lhes colocar em maior risco no que se refere à exposição ao vírus HIV, aquelas que são afetadas e as que se deparam com dificuldades para chegar aos serviços de saúde.	exposição à situação	epidemiológico - social
		Apoiar iniciativas que visem os direitos de cidadania de pessoas vivendo com HIV/aids e daquelas populações em maior risco , devido a condições sociais adversas.	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Apoiar ações que, através da geração de renda, contribuam para a reinserção social de pessoas vivendo com HIV/aids e de pessoas em maior risco para infecção pelo HIV.	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Atendimento individual e ou em grupo de populações com risco acrescido para HIV/aids e outras DST, como: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, UDI e população de rua.	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Diagnóstico precoce do HIV acompanhado de aconselhamento para a população em geral, especialmente para gestantes, crianças, pessoas com DST, UDI, portadores de tuberculose, e populações com exposição sexual de alto risco (homens que fazem sexo com homens, populações confinadas, crianças e adolescentes em situações de rua, pessoas vivendo com HIV/aids).	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Promoção e Prevenção: Identificação das situações de risco para DST/Aids e intervenção comportamental na área de cobertura da unidade de saúde;	exposição à situação	epidemiológico - social
		Por exemplo, quando uma população prioritária no enfrentamento da epidemia no estado (pessoas vivendo com HIV/aids, Homens que fazem sexo com Homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, crianças e adolescentes em situação de risco social ou populações privadas de liberdade) não for contemplada, ou quando os dados epidemiológicos e geográficos indicarem áreas e/ou populações descobertas.	risco social	epidemiológico - social
PORTARIA Nº 2.313	2002	[...] as propostas elaboradas com relação ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, em especial aquelas voltadas às populações mais vulneráveis e de risco acrescido , redução de danos, diagnóstico do HIV, controle das DST, redução da transmissão vertical do HIV e de desenvolvimento institucional, [...]	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção para o HIV/Aids e outras DST, dirigidas à população em geral e aos grupos mais vulneráveis e de risco acrescido , por meio da realização de campanhas de massa, intervenções educativas, ações de garantia de direitos humanos e propostas de redução de riscos, voltadas especialmente para: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas, crianças e adolescentes em maior risco , populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002), mulheres; e outros grupos específicos, de acordo com a realidade epidemiológica do estado.	população de risco acrescido; risco social	epidemiológico - social

		Atendimento individual e ou em grupo de populações com risco acrescido para HIV/Aids e outras DST, como: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, UDI e população de rua	população de risco acrescido	epidemiológico - social
		Diagnóstico precoce do HIV acompanhado de aconselhamento para a população em geral, especialmente para gestantes, crianças, pessoas com DST, UDI, portadores de Tuberculose, portadores de Hepatites virais e populações com exposição sexual de alto risco (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, populações confinadas, crianças e adolescentes em situações de risco , pessoas vivendo com HIV/AIDS)	população de risco acrescido; risco social	epidemiológico - social
		Medidas preventivas[...]: Identificação de populações e/ou situações de risco para DST/Aids, na área de abrangência da unidade	exposição à situação	epidemiológico - social
		[...] aos grupos mais vulneráveis e de risco acrescido , por meio da realização de campanhas de comunicação de massa, intervenções educativas, ações de garantia de direitos humanos e propostas de redução de riscos , especialmente para: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas, crianças e adolescentes em maior risco , populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002), mulheres; e outros grupos específicos, de acordo com a realidade epidemiológica do estado.	população de risco acrescido; exposição à situação; risco social	epidemiológico - social
		promoção da saúde, prevenção e proteção [...] desenvolver, estimular e apoiar as ações educativas e as campanhas de comunicação dirigidas à população em geral, populações de risco acrescido e populações vulneráveis; Formular e implementar estratégias de apoio às redes de pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST e organizações da sociedade civil que atuam junto às populações mais vulneráveis e de risco acrescido , objetivando a sustentabilidade de suas ações no âmbito do SUS	população de risco acrescido;	epidemiológico - social
		diagnóstico, assistência e tratamento [...] formular estratégias e apoiar o desenvolvimento de projetos que visem ampliar o diagnóstico precoce do HIV, acompanhado de aconselhamento, especialmente para as populações de risco acrescido ou mais vulneráveis	população de risco acrescido	epidemiológico - social
<i>PORTARIA Nº 2.104</i>	2002	Considerando que 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%;	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
<i>PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 628</i>	2002	[...] a estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que estão expostos grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus	fatores de risco	epidemiológico - social
		Metas: implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano; diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco , manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas;	fatores de risco; exposição à situação	epidemiológico - social

<i>PORTARIA Nº 1.824</i>	2004	As instituições objeto desta Portaria devem ser dotadas de ambientes físicos em condições de higiene e instalações com grau de salubridade e nível de segurança que não coloque em risco os usuários.	probabilidade de infecção	epidemiológico - biológico
<i>PORTARIA Nº 151</i>	2009	Resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II: a amostra é positiva para HIV; [...] A ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior em gestantes ou portadores de algumas enfermidades. Nessas situações, a avaliação conjunta da história clínica, do risco de exposição do indivíduo à infecção pelo HIV e o resultado laboratorial devem orientar as decisões	exposição à situação + população de risco acrescido	epidemiológico - clínico
<i>PORTARIA CONJUNTA Nº 1</i>	2013	Realizar ações de vigilância voltadas para o HIV/Aids, hepatites virais e sífilis [...] Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
		Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros, como [...] Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual	exposição à situação + população de risco acrescido	epidemiológico - clínico
		Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHA	possibilidade/chance de transmissão	epidemiológico - biológico
<i>PORTARIA Nº 29</i>	2013	Considerando que para o diagnóstico da infecção pelo HIV faz-se necessária a avaliação conjunta da história clínica e do risco de exposição do indivíduo à infecção concomitantemente ao resultado laboratorial, que irá orientar as decisões e a conclusão diagnóstica.	exposição à situação + população de risco acrescido	epidemiológico - clínico
<i>PORTARIA Nº 22</i>	2017	Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	exposição à situação + população de risco acrescido	epidemiológico - clínico
<i>PORTARIA Nº 21</i>	2017	Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.	exposição à situação + população de risco acrescido	epidemiológico - clínico

II. Portaria Nº 236 de 1985

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições, tendo em vista o disposto nas alíneas “a”, “b” e “d” do item I do artigo 1º da Lei nº 6229, de 17 de julho de 1975, e

Considerando que:

- vem ocorrendo aumento significativo de casos da síndrome de imunodeficiência adquirida, (SIDA ou AIDS), identificada no Brasil, desde 1982;
- os recursos terapêuticos disponíveis para SIDA ou AIDS são escassos e a mortalidade é alta;
- todos os casos confirmados da síndrome necessitam de atenção hospitalar cuidadosa e prolongada;

RESOLVE:

Art. 1. Aprovar as diretrizes para o programa de controle da SIDA ou AIDS e que com esta institui.

Art. 2. Coordenar, a nível nacional, ações de vigilância epidemiológica da SIDA ou AIDS.

Art. 3. Atribuir à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde a coordenação, a nível nacional, do Programa a que se refere o art. 1.

Art. 4. Determinar que as medidas de prevenção da SIDA ou AIDS, no país, serão realizadas mediante a execução de um conjunto de ações sobre:

Casos confirmados;

Casos suspeitos;

Comunicantes;
Grupos em risco.

Art. 5. Estabelecer que as linhas básicas para operacionalização das ações de investigação e controle da síndrome, constam do Anexo.

Art. 6. Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CORRÊA DE MENEZES SANT'ANNA
MINISTRO DA SAÚDE

Anexo

Informações sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e suas medidas de controle
CONCEITOS BÁSICOS:

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: Atualmente, para efeitos epidemiológicos, identifica-se a síndrome como o conjunto de alterações provocadas pela perda de imunidade medida por células, a partir da ação de um agente viral, provavelmente o HTLV-III ou LAV e que se manifestam pelo aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias, particularmente o Sarcoma de Kaposi.

Grupos em risco: São considerados grupos em risco para a doença:

- . homossexuais e bissexuais masculinos;
- . usuários de drogas injetáveis;
- . hemofílicos ou politransfundidos.

Caso Suspeito: É aquele que, pertencendo a um grupo de risco, apresenta um ou mais dos sintomas prodrômicos de SIDA ou AIDS: poliadenopatia, diarreia, febre, cansaço e perda de peso.

Caso Confirmado: É o indivíduo que, pertencendo a algum grupo de risco, apresente uma ou mais das seguintes entidades mórbidas:

Sarcoma de Kaposi, em indivíduos com menos de sessenta anos de idade;

Linfoma limitado ao cérebro;

Pneumonia por Pneumocystis carinii;

Toxoplasmose, causando pneumonia, ou infecção do sistema nervoso central;

Strongiloidíase, causando pneumonia, infecção do sistema nervoso central, ou infecção generalizada;

Candidíase, causando esofagite;

Criptococose, causando infecção pulmonar, do sistema nervoso central, ou disseminada;

Micobacterioses atípicas, comprovadas através da cultura;

Infecções causadas por citomegalovirus no pulmão, no trato gastrointestinal, sistema nervoso central, suprarenal e pâncreas;

10-Infecções por vírus herpes, tipo um ou dois, muco-cutâneas (com úlceras que persistem por mais de um mês), pulmonares, do aparelho digestivo, ou disseminadas;

11-Leucoencefalopatia multifocal progressiva.

Devem-se usar como critérios de exclusão:

a)- História recente de terapia imunossupressora anterior ao aparecimento da doença.

b)- Presença de alguma outra enfermidade pré-existente associada com imunossupressão, como imunodeficiência congênita, processo de malignidade linfo-reticular ou sub-nutrição grave.

c)Comunicantes: Deverão ser considerados como tais os parceiros sexuais de casos confirmados de SIDA ou AIDS.

MEDIDAS DE CONTROLE

As medidas de controle e prevenção do AIDS consistem na execução de um conjunto de ações sobre os Casos confirmados, Casos suspeitos, Comunicantes, e Grupos em risco, quais sejam:

Os casos suspeitos ou confirmados devem ser submetidos a investigação epidemiológica, clínica, laboratorial e educação sanitária.

A investigação epidemiológica consta da identificação do grupo em risco, meio de transmissão e identificação de comunicantes.

A investigação clínica consta da identificação de sinais e sintomas de suspeita, tais como fadiga, febre persistente, sudorese noturna, calafrios, perda de peso acentuada, diarreia persistente, linfadenopatia generalizada, depressão e apatia, ou de confirmação, como infecção por germes oportunistas (pneumonia por Pneumocystis carinii, criptococose, candidíase, strongiloidíase, etc.), e/ou sarcoma de kaposi, e alguns tipos de linfomas de formas clínicas atípicas, quando à idade de incidência, ou gravidade e peculiaridade do quadro clínico.

A investigação laboratorial consiste na identificação, dos germes causadores das infecções oportunistas, realização de hemograma e de perfil imunológico, que consiste de testes intra-dérmicos (PPD, estreptoquinase, estreptodornase, candidina, tricofitina e DNCB), dosagem de linfócitos T e B, quantificação e relação dos linfócitos T-auxiliadores (OCT₄) e T-supressores (OKT₈) e cultura de linfócitos.

A utilização de testes sorológicos, como dosagem da beta-2-microglobulina anti-HTLV não tem indicação de utilização extensiva no País.

A educação sanitária constará de informação, aos pacientes, dos meios simples de diminuir a transmissibilidade da doença, tendentes a evitar a promiscuidade sexual e à doação de sangue.

Os comunicantes devem ser submetidos à investigação epidemiológica, clínica e educação sanitária conforme o descrito no parágrafo anterior.

Para os indivíduos pertencentes aos grupos em risco realizar-se-ão apenas programas de educação sanitária.

O AIDS, como doença sexualmente transmissível, deve ser prevenida através da informação aos indivíduos dos grupos em risco (homossexuais ou bissexuais do sexo masculino) sobre a maior incidência da doença com a multiplicidade de parceiros sexuais, esclarecendo-se que o risco aumenta proporcionalmente ao número de parceiros. Há indícios, de que o uso de preservativos, no ato sexual, diminua a transmissibilidade da síndrome.

Os viciados em drogas injetadas intravenosamente devem ser orientados para a interrupção desta prática ou, no mínimo, para a utilização de material descartável de uso exclusivo e individual.

A Prevenção do AIDS transfusional deve ser enfocada sob diversos aspectos:

Orientação ao doador de sangue, submetendo-se previamente à leitura de material explicativo sobre itens que impedem a doação de sangue, incluindo dados sobre AIDS.

O item anterior deve ser seguido de todos os procedimentos habituais, prévios à doação de sangue (anamnese, exame clínico e hematimétrico).

Após a realização de exames sorológicos para detecção de lues, doença de Chagas e hepatite, as unidades positivas devem ser desprezadas.

No tratamento do hemofílico devem ser utilizados os crioprecipitados preparados a partir de unidades individuais de sangue coletado. Os concentrados de fator VIII ou IX, industrializados ou oficinais só devem ser utilizados, após tratamento pelo calor ou por método químicos que inviabilizem a sua infectividade, proibindo-se gradual e rapidamente a utilização daqueles não tratados (pelo seu maior risco potencial de transmitir AIDS).

Visando a autosuficiência do país em homo-derivados, há que se incentivar as indústrias nacionais e produzirem produtos tratados, visando à eliminação do risco de transmissão do AIDS.

Considerando que o AIDS é um problema recente, sobretudo no âmbito da Hemoterapia, inexistindo portanto normas sanitárias federais a respeito, devem-se estabelecer, no Ministério da Saúde, mecanismos para que se procedam a tais medidas. Deve-se incluir na tabela de procedimentos do INAMPS os concentrados de fator VIII e IX tratados.

A prevenção junto ao pessoal da área de saúde deve ser realizada através de normas de precaução no manejo de sangue, fluidos, secreções e excreções.

O pessoal da área de saúde deve estar ciente de que não há nenhuma evidência de contágio através de contatos puramente sociais e ocupacionais, bem como através do ar, da comida ou objetos. Estudos realizados em países com maior experiência com o grave revelam que sua ocorrência entre profissionais de saúde é praticamente nula.

A necessidade de se observar precauções apropriadas para prevenir a disseminação da doença deve ser contrabalançada pela necessidade de se assegurar ao paciente discricção sobre seu estado.

As medidas a serem tomadas devem ser semelhantes às recomendadas para prevenção de hepatite B, ou seja:

-As pessoas que têm contato com sangue, tecido, secreções, excreções ou objetos e superfícies potencialmente por eles contaminados devem usar luvas e, em seguida, lavar bem as mãos com água e sabão.

Antes de entrar e sair do quarto de um paciente com AIDS, ou suspeita de AIDS, a lavagem das mãos é indispensável. As amostras destes pacientes devem ter rótulo especiais de identificação, sem mencionar especificamente a doença, e devem ser transportados em sacos plásticos ou em outro tipo de recipiente fechado. As superfícies contaminadas com sangue ou secreções devem ser desinfetadas imediatamente com diluição 1:10 de solução de hipoclorito de sódio a 5% ou álcool a 25%.

-As pessoas que têm contato direto com o sangue, secreções ou excreções desses pacientes, devem usar aventais.

-Não é necessário o uso rotineiro de máscaras para os pacientes com AIDS, a não ser aqueles que têm tosse, e só quando deixam o quarto. Os funcionários e visitas, que têm contato direto com pacientes com tosse, devem também usar máscaras.

-Seringas e agulhas devem ser colocadas em recipiente rígidos, não passíveis de perfuração. Sempre que possível deve ser usado material descartável.

A descontaminação de equipamento clínico-cirúrgico deve ser feita com as mesmas técnicas de esterilização recomendadas para pacientes com hepatite B.

III - MEDIDAS OPERACIONAIS

O controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida no Brasil se fará através da execução das seguintes medidas operacionais:

1. COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, coordenará as ações de controle do SIDA ou AIDS, com as seguintes atribuições:

a - Consolidação do mecanismo de obtenção, análise e difusão das informações técnicas, particularmente, as epidemiológicas;

b - Fomento ao desenvolvimento de ciência e tecnologia e de recursos humanos para a área;

c - Produção de materiais educativos e normativos;

d - Apoio de recursos técnicos humanos e logísticos ao nível executor;

e - Definição, conjuntamente com as Secretarias de Estado de Saúde, das instituições de saúde que darão suporte regional ao programa;

f - Definição das instituições públicas que atuarão como centros de referência para o programa.

De igual forma, o nível executor será assumido pelas Secretarias do Estado de Saúde, através de uma estratégia gradual que contemple, prioritariamente, as áreas metropolitanas das Unidades Federadas que já contam com casos notificados da moléstia.

ACOMPANHAMENTO DO PROBLEMA

- A notificação dos casos será realizada diretamente das Secretarias Estaduais de Saúde ao órgão coordenador nacional (DNDS/MS). Cabe-lhes, nas diversas UFS, coletar os dados em todas as fontes sob a sua jurisdição. A informação deverá ser remetida até quinto dia útil do mês seguinte ao que corresponde a informação. Em termos de notificação, deverão incluir-se os seguintes itens: iniciais do nome, idade, sexo, município de residência e enquadramento do caso (suspeito ou confirmado). Ademais, se recomenda a elaboração de uma ficha de investigação epidemiológica, da qual deverá ser anexada uma cópia à

informação mensal de cada caso confirmado. Recomenda-se também que, a nível de Secretarias Estaduais, estabeleçam-se os mecanismos adequados para a obtenção de dados necessários. Podem-se concluir:

- a – Caracterização de um órgão coordenador responsável, a nível da Secretaria de Saúde;
- b – Solicitação da notificação telefônica imediata de todo caso suspeito ou confirmado;
- c – Procura de notificações de casos novos nos centros geradores de dados.

O Ministério da Saúde remeterá, com periodicidade trimestral, um relatório acerca da evolução e da situação epidemiológica da doença no país.

Esta informação será difundida para as instituições oficiais de saúde do país e seletivamente, às instituições privadas e para os órgãos internacionais de saúde.

– Todo óbito em cujo atestado médico constar (parte IV da Declaração de Óbito) um dos diagnósticos a seguir relacionados deverá ser informado, pelo setor da Secretaria que manipule inicialmente dados de mortalidade, ao setor que coordena as ações referentes a SIDA ou AIDS, para as seguintes medidas:

a – Verificar se o caso já era conhecido, investigando-o se for o caso; b – Confirmação (ou alteração) do (s) diagnóstico (s) definitivo (s).

Da mesma forma, o setor que coordena as ações referentes a SIDA ou AIDS deverá informar ao setor de mortalidade todo o óbito por esta síndrome que for conhecido, para que seja identificada a respectiva declaração de óbito (D.O.), para as seguintes medidas:

a – Verificar o procedimento da D.O., complementando-o se for o caso; b – Verificar o (s) diagnóstico (s), corrigindo-o (s), se for o caso.

Relação de diagnósticos ou termos que devem ser considerados:

Pneumonia por Pneumocystis carini ;

Toxoplasmose provocada pneumonia ou infecção do sistema nervoso central;

Esofagite por cândida;

Pneumonia por cândida;

Criptococose pulmonar, do sistema nervoso central ou disseminada;

Aspergilose pulmonar;

Micobacterioses atípicas;

Tuberculose disseminada;

Infecções por citomegalovírus;

Infecções prolongadas ou disseminadas por herpes simples; 1. Varicela em adultos;

Sarcoma de Kaposi;

Linfoma limitado ao cérebro;

Linfoma de Burkitt;

SIDA;

AIDS;

Imunodeficiência;

Deficiência imunitária;

Deficiência de imunidade celular;

Infecção oportunista.

DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO

Educação técnica continuada

Os Serviços de saúde implementarão medidas de educação continuada destinadas aos profissionais que atendem diretamente à população, nos diversos níveis de atuação. Nesse sentido o Ministério da Saúde acionará, para o seu enfrentamento, o envolvimento de todas as estruturas governamentais, e no aspecto educativo, a articulação interinstitucional MS/MEC é imperiosa.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Os Serviços de Saúde aplicação, de modo amplo e permanente, medidas de Educação Sanitária aos grupos de riscos do SIDA ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), de acordo com os seguintes princípios técnicos, respectivamente, para com:

Aspectos:

- 1 – Restringir a atividade sexual a um único parceiro; 2 – Evitar a doação de sangue;
- 3 – Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

Os comunicantes:

- 1 – Restringir a atividade sexual a um único parceiro; 2 – Evitar a doação de sangue;
- 3 – Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

Os homossexuais:

- 1 – Restringir a atividade sexual a um único parceiro; 2 – Evitar a doação de sangue;
- 3 – Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

Os tóxico-dependentes:

- Abandonar o uso de drogas;
- Utilizar, ao menos, seringas exclusivas ou descartáveis;
- Evitar a doação de sangue;
- Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

Os hemofílicos ou politransfundidos;

- Utilizar crioprecipitados artesanais ou concentrados industriais ou oficinais tratados;
- Procurar os serviços de saúde em caso de suspeita da doença.

-

§ 1. Os casos suspeitos ou confirmados serão submetidos a investigação epidemiológica, clínica, laboratorial e educação sanitária.

§ 2. Os comunicantes serão submetidos à investigação epidemiológica, clínica e educação sanitária.

§ 3. Os indivíduos pertencentes aos grupos em risco serão submetidos apenas à educação sanitária.

§ 4. Segundo o grupo em risco da síndrome, deve-se considerar a SIDA ou AIDS, sob os seguintes aspectos epidemiológicos. doença sexualmente transmissível;

doença transmitida através de agulhas e seringas contaminadas, utilizadas em injeção intravenosa de drogas por tóxico-dependentes;

doença transmitida através de transfusão de sangue, componentes e derivados;

risco limitado para o pessoal da área de saúde.

III. Portaria Nº 01 DGS/RES de 1989

Normas técnicas sobre prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida no âmbito do exército (nt prev - sida)

TÍTULO I

GENERALIDADES

CAPÍTULO I

Da Legislação

Art. 1o - Constitui legislação básica para elaboração destas Normas:

- 1) Manual de Condutas Clínicas - Sida/Aids - 1988, do Ministério da Saúde;
- 2) Instruções Reguladoras das Atividades de Perícias Médicas Relacionadas com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida do Âmbito do Ministério do Exército - IR 70-14 - (Port. no 12-DGS, de 25 jan. 89);
- 3) Normas Gerais de Procedimento para Coleta, Doação e Uso de Sangue, Componentes e Hemoderivados no âmbito do Exército - (Port. no 18-DGS, de 31 de maio 88);
- 4) Normas Técnicas Sobre as Atividades Hemoterápicas o Âmbito do Exército (Port. 34-DGS, de 12 out. 88).

CAPÍTULO II

Da Finalidade

Art. 2o - Estas Normas têm como finalidade unificar, particularizar, padronizar e simplificar todos os aspectos técnicos concernentes à prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA / AIDS) visando ao seu controle no âmbito do Ministério do Exército.

CAPÍTULO III

Dos Objetivos

Art. 3o - São objetivos das presentes Normas:

- 1) controlar de forma eficaz o potencial de transmissibilidade do agente causador da sida/aids;
- 2) evitar a transmissão de agentes patogênicos oportunistas;
- 3) controlar de forma eficaz o alastramento da aids para outros grupos da população e para profissionais da área de saúde envolvidos no atendimento dos portadores da sida/aids.

CAPÍTULO IV

Dos aspectos Básicos

Art. 4o - Entende-se como sida/aids aquela causada por um retrovírus, o "Lymphadenopathy Vírus (LAV)" ou "Human T Cell Lymphotropic Vírus (HTLV - III)", isolado em 1984, na França e EUA, respectivamente, que se caracteriza pela diminuição da imunidade, mediada por células, em pessoas anteriormente sadias, o que as torna vulneráveis a infecções graves produzidas por germes oportunistas e/ou a neoplasias.

Parágrafo único. O vírus HIV (LAV/HTLV - III) pode ser isolado da amostra de sangue periférico, medula óssea, linfonodos, cérebro, plasma, saliva, sêmen, lágrima, urina, líquido amniótico, secreções cervicais, e lavado de fluido broncoalveolar de portadores da sida/aids, de portadores de Síndrome de Linfadenopatia Crônica (SLC), de portadores da "Aids Related Complex" (ARC) e de portadores assintomáticos.

Art. 5o - O vírus HIV pode ser inativado:

- 1) pelo glutaraldeído a 1%, por 5 minutos;
- 2) pelo hipoclorito de sódio a 0,5%, por 5 minutos;
- 3) pelo etanol (álcool) a 25%, por 5 minutos;
- 4) pelo calor a 56oC, por 30 minutos;
- 5) pela água oxigenada (H2 O2) a 0,3%, por 15 minutos;
- 6) por agentes químicos, tais como fenol a 5%, paraformaldeído a 0,5%, "extremos de pH" e alguns detergentes por, aproximadamente, 15 minutos.

Art. 6o - O vírus não é inativado;

- 1) por irradiação gama (2.105 rad);
- 2) por irradiação ultravioleta (5.103 J/m²).

Art. 7o - É de real importância a adoção dos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização no cuidado do elemento com infecção pelo vírus HIV. Daí a relevância da adoção dos procedimentos apresentados a seguir:

- 1) Limpeza e desinfecção concorrente terminal de superfícies (pisos, paredes, bancadas, móveis e equipamentos), sendo adequado o uso de solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1% (10.000 ppm de cloro ativo), estabilizada com cloreto de sódio ou hidróxido de sódio, com pH entre 11,0 e 1,5, durante 5 minutos.
- 2) Esterilização de artigos críticos e semicríticos:
 - a) utilizar, sempre que possível, a estufa e a auto clave a uma temperatura superior a 60oC, por 30 minutos;
 - b) imergir o instrumental em hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos. Lembrar que este procedimento tem ação corrosiva sobre metais;
 - c) usar óxido de etileno, segundo as recomendações da Comissão de Controle de

Infecção Hospitalar.

3) Desinfecção de artigos semicríticos (endoscópios, equipamentos de assistência respiratória etc), na qual os seguintes procedimentos são recomendáveis:

- a) uso de H₂O₂ a 0,3%, por 15 minutos;
- b) Imersão em solução aquosa de glutaraldeído a 2% ou 3% durante 60 minutos;
- c) lavagem com água destilada e secagem com gaze estéril.

Art. 8o - O pessoal que trabalha com materiais contaminados e realiza procedimentos de limpeza, desinfecção, esterilização e manipulação de germicidas deve usar luvas durante todas as etapas desses respectivos procedimentos e, após os mesmo, lavar as mãos cuidadosamente com água e sabão.

Art. 9o - Os procedimentos de assepsia e anti-sepsia são os seguintes:

- 1) Lavagem e anti-sepsia das mãos, inicialmente com água e sabão e logo após imergí-las em solução de álcool iodado a 1%, por no mínimo 30 segundos. Indicando antes e após qualquer cuidado e efetuado em portadores de sida/aids;
- 2) na assepsia da pele para realização de punções, biópsias, curativos etc, usar solução de polivinilpirrolidona - iodo (PVF-I) a 1% de iodo livre, clorexidina a 4% ou hexaclorofeno a 3% com fricção, por no mínimo 3 minutos.

Art. 10 - Os conhecimentos atuais sobre sida/aids e, em particular, sobre seu agente etiológico (Vírus HIV) devem ser considerados incompletos e, portanto, a normalização de procedimentos está sujeita a constantes revisões, na medida em que novos dados forem sendo conhecidos.

TÍTULO II

DOS ANTICORPOS ANTI – HIV

CAPÍTULO I

Da Pesquisa de Anticorpos

Art. 11 - A pesquisa de anticorpos anti-HIV deverá ser feita nas seguintes pessoas:

- 1) comunicantes sexuais de portadores de sida/aids (doente);
- 2) pessoas que compartilham agulhas com indivíduos infectados com o vírus (portador assintomático);
- 3) parceiros (as) sexuais de indivíduos com teste sorológico positivo (portador assintomático);
- 4) crianças nascidas de mães soropositivas (portador assintomático);
- 5) indivíduos com suspeita clínica da sida/aids.

Parágrafo único - com relação aos resultados, deve-se atentar para o fato de que os teste sorológicos não são totalmente sensíveis existindo um percentual reduzido de resultados falso-positivos e falso-negativos.

Art. 12 - Um teste sorológico com resultados positivos obtido pela técnica Western Blot, em caráter de confirmação e após cumprido o fluxograma (Anexo A), significa que:

- 1) O sangue testado demonstrou anticorpos para o vírus da sida/aids;
- 2) O indivíduo foi infectado pelo vírus e seu organismo produziu anticorpos;
- 3) há grande possibilidade de que os indivíduos com anticorpos tenham o vírus ativo em seu organismo e, por isso, devem ser considerados capazes de transmiti-lo;
- 4) O indivíduo deverá proteger-se de infecções futuras, pois os estudos epidemiológicos indicam que pessoas que tenham repetidas inoculações (repetidos contatos com vírus), apresentam maiores possibilidades de evoluir para um quadro clínico de portador da sida/aids;
- 5) O indivíduo deverá evitar o uso de drogas e bebidas alcoólicas, e o desgaste físico exagerado, procedimento que provocam queda da resistência do organismo;
- 6) O indivíduo deverá manter uma alimentação compatível para o seu caso.

Art. 13 - Um teste sorológico com resultado positivo não significa:

- 1) que o indivíduo seja portador de sida/aids, de ARC ou de SLC;
- 2) que o indivíduo terá sida/aids ou ARC, ou SLC (o prognóstico de um indivíduo infectado é desconhecido a longo prazo). Estudos realizados demonstram que alguns indivíduos permanecerão apenas infectados (portador assintomático), sem evoluírem para um quadro clínico de portador da sida/aids;
- 3) que o indivíduo seja imune à sida/aids.

Art. 14 - Um teste sorológico com resultado negativo significa que nenhum anticorpo contra o vírus da sida/aids foi encontrado no sangue do indivíduo, no momento. Para isso, existem três possíveis explicações:

- 1) o indivíduo não teve contato com o vírus;
- 2) o indivíduo teve contato com vírus, mas não foi infectado;
- 3) o indivíduo foi infectado, porém ainda não produziu anticorpos.

Art. 15 - Ao ser interpretado um resultado negativo deverá ser levado em conta que a maioria das pessoas produz anticorpos entre duas e oito semanas após o contágio; algumas pessoas produzirão anticorpos somente 6 meses após o contágio; um pequeno número jamais produzirá anticorpos, mesmo infectado.

Art. 16 - O resultado negativo não deve ser interpretado como sendo de pessoa imune ao vírus HIV.

CAPÍTULO II

Das Recomendações às Pessoas com Teste Anti-HIV Positivo

Art. 17 - A todas as pessoas com teste anti-HIV positivo devem ser dadas as seguintes recomendações quanto aos seus futuros procedimentos:

- 1) submeter-se a uma avaliação médica periodicamente de seis em seis meses, assim como a um seguimento para detectar, precocemente, sinais e/ou sintomas da doença;
- 2) não doar sangue, plasma, espermatozoides, leite ou órgãos;
- 3) informar ao seu médico e/ou dentista antes de qualquer procedimento cirúrgico ou odontológico, que é portador de teste anti-HIV positivo;
- 4) evitar a gravidez, pelo risco da transmissão ao feto;
- 5) realizar exame clínico e sorológico nos filhos, em todos os parceiros sexuais e nos indivíduos que compartilham agulhas.

Art. 18 - Para diminuir o risco de contaminar outras pessoas, devem ser dadas aos indivíduos com sorologia positiva, recomendações como:

- 1) usar preservativos de borracha em todas as relações sexuais;
- 2) evitar o sexo orogenital e anal;
- 3) evitar a multiplicidade de parceiros sexuais;
- 4) usar agulhas e seringas descartáveis e individuais;
- 5) usar individualmente escovas de dentes e aparelhos de barbear, em virtude de risco de contaminação com sangue.

CAPÍTULO III

Da Sorologia para SIDA/AIDS

Art. 19 - O teste imunoenzimático de "Enzyme-Linked Immunosorbent Assay" (ELISA) é o mais amplamente empregado, em geral realizado como triagem. Testes alternativos, confirmatórios, são os de imunofluorescência ou de enzimoimunoeletrotransferência (Western Blot).

Art. 20 - Para operacionalizar a realização dos testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, devem ser cumpridos procedimentos a seguir catalogados.

- 1) Triagem de doadores de sangue e inquiridos epidemiológicos:
 - a) se a sorologia pela técnica ELISA for positiva, deverá ser repetida na mesma amostra de sangue;
 - b) se a segunda sorologia pela técnica ELISA, for positiva deverá ser confirmada pelo teste Western Blot;
 - c) se a sorologia pelo teste Western Blot for positiva, o doador deve ser chamado para colheita de nova amostra de sangue para repetição desses testes;
 - d) se o resultado for confirmado, o doador deve ser chamado para aconselhamento e encaminhamento a um médico especializado para acompanhamento.
- 2) Nos casos de indivíduos com suspeita clínica de sida/aids, o sangue deve ser colhido e tratado como em 1-a anterior
- 3) Todo e qualquer indivíduo que apresentar sorologia positiva deverá ser informado do resultado e imediatamente encaminhado para orientação e investigação clínica.
- 4) Por segurança, o soro deve ser inativado a 56°C, por 30 minutos, antes de serem realizadas as provas. Caso contrário, poder-se-á obter uma resultado falso-positivo, dependendo de tipo de *Kit* comercial usado.

TÍTULO III

DA SEGURANÇA E DOS PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO I

Das Normas Universais de Biossegurança

Art. 21 - As Normas Universais de Biossegurança são recomendações que visam à proteção contra a transmissão do vírus e baseiam-se no fato de que todo sangue e toda secreção, excluindo-se suor, saliva e lágrima, são potencialmente infectantes.

Art. 22 - São vias de entrada para vírus HIV, no ambiente hospitalar de trabalho, as que se seguem:

- 1) pele, por arranhões, cortes, abrasões, dermatites, e outras lesões;
- 2) mucosas dos olhos, nariz, boca, trato respiratório, e outras mucosas;
- 3) soluções de continuidade da pele causadas por instrumentos perfurocortantes, tais como agulhas, vidro quebrado, e outros materiais perfurocortantes;
- 4) no setor industrial, células infectadas e/ou líquidos contendo o vírus.

Art. 23 - Constituem recomendações básicas as que se seguem:

- 1) aderir rigorosamente às práticas e técnicas de Biossegurança, acreditando que, por intermédio delas, promove-se a segurança contra a contaminação no ambiente de trabalho;
- 2) garantir que os profissionais de saúde sejam proficientes nas técnicas de manuseio de material potencialmente contaminante, por treinamento em serviço;
- 3) monitorar as práticas de trabalho, com fiscalização rigorosa;
- 4) reforçar continuamente as práticas de segurança;
- 5) estabelecer programa sorológico de vigilância médica em todos os profissionais de saúde da Instituição.
- 6) revalidar a integridade do processo de vigilância;
- 7) Validar a eficácia dos métodos de descontaminação usadas com avaliação contínua da sua eficiência;
- 8) patrocinar e conduzir iniciativas de treinamento em biossegurança, por cursos, palestras e seminários.

CAPÍTULO II

Dos Profissionais de Saúde

Art. 24 - O profissional de saúde, ao entrar em contato com o portador da sida/aids e/ou portador assintomático da sida/aids, deve adotar as medidas protetoras a seguir discriminadas:

- 1) maca de exame recoberta com lençol descartável;
- 2) utilizar luvas descartáveis todas as vezes em que houver a possibilidade de contato com sangue, tecido, secreções corporais ou excreções e/ou qualquer superfície ou material contaminado;
- 3) após o contato e após a remoção das luvas, realizar a lavagem das mãos com água e sabão. As luvas devem ser encaminhadas em sacos especiais, rotulados como material contaminado, para limpeza, desinfecção e esterilização;
- 4) a lavagem das mãos com água e sabão deve ser efetuada antes e depois do atendimento ao paciente, secando-se as mãos com papel-toalha;
- 5) utilizar avental toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, produtos sangüíneos e/o secreções que possam acidentalmente contaminar as vestes do profissional de saúde;
- 6) utilizar máscara quando do atendimento do paciente com tosse. Esse paciente deve ser orientado para, quando tossir, usar um lenço de tecido ou de papel, até que seja examinada origem da tosse;
- 7) o uso de óculos protetores é recomendado quando houver a possibilidade de contato com sangue, produto sangüíneo ou secreções que possam acidentalmente atingir a boca do profissional de saúde (broncoscopia, endoscopia, procedimento odontológicos);
- 8) as agulhas e seringas devem ser acondicionadas em recipientes de paredes duras. As agulhas descartáveis não devem ser repostas em suas respectivas bainhas protetoras, a fim de evitar acidentes (punção acidental do dedo);
- 9) realizar desinfecção concorrente de superfícies, móveis e utensílios contaminados por sangue ou secreção, segundo procedimentos descritos no item 1) do art. 79;
- 10) realizar a limpeza e a desinfecção terminal da unidade do paciente após a alta, óbito ou transferência

CAPÍTULO III

Das Organizações Militares

Art. 25 - Os militares e funcionários civis portadores assintomáticos permanecerão no exercício normal de suas atividades desde que não apresentem manifestações clínicas sida/aids.

Parágrafo único. Caso apresentem qualquer patologia que necessite baixa, mesmo os não relacionadas com sida/aids, esta deverá ser efetivada em enfermaria hospitalar.

Art. 26 - Os militares e funcionários civis classificados como portadores assintomáticos deverão ser submetidos à revista sanitária periódica mensal para detecção precoce de sinais clínicos.

Art. 27 - É obrigação do oficial médico da OM comunicar oficialmente os casos confirmados, de portadores assintomáticos oficial dentista do chefe imediato do elemento e ao comandante da OM.

CAPÍTULO IV

Dos Cuidados nas Organizações Militares de Saúde (OMS)

Art. 28 - Em área hospitalar rigorosas precauções devem ser adotadas na assistência médica a portadores de sida/aids, portadores assintomáticos e indivíduos pertencentes a grupos de risco que apresentem sinais de sintomas (indivíduos com suspeita clínica) que possam sugerir sida/aids (linfadenopatia generalizada, perda de peso e febre não explicadas e prolongadas).

Art. 29 - As precauções prescritas no artigo anterior são as que se seguem

- 1) Cuidado máximo no manuseio de agulhas, de material e de instrumentos contaminados com material infectante proveniente desses pacientes.
- 2) A hospitalização de portadores de sida/aids deverá ser feita em quarto privativo, cuja porta deverá permanecer fechada, banheiro próprio com pia, mobiliário mínimo possível. Portadores que tenham as mesmas infecções oportunistas devidamente diagnosticadas poderão compartilhar o quarto, no máximo dois pacientes desde que não existam fatores contrários ou agravantes (alterações de comportamento, higiene precária, quadro neurológico grave, incontinência fecal, tuberculose pulmonar nas duas primeiras semanas de terapêutica anti-tuberculosa).
- 3) Devem ser utilizadas luvas descartáveis toda vez que houver a possibilidade de contato com sangue, tecido, secreções corporais, excreções ou qualquer superfície ou material contaminado.
- 4) Deve ser usado um avental impermeável toda vez que houver a possibilidade de contaminar a roupa com fluidos corpóreos, sangue, secreções ou excreções principalmente em Obstetrícia e Cirurgias.

5) Deve-se lavar as mãos após a remoção do avental e das luvas e antes de sair do quarto do doente. As mãos devem ser lavadas com cuidado e imediatamente, caso sejam contaminadas com sangue. Nesse caso, utilizar solução de álcool iodado a 1%, após a lavagem com água e sabão.

6) As máscaras não devem ser usadas rotineiramente, mas apenas nos casos em que o doente apresente tosse persistente, ou durante aspiração de paciente entubado. O doente com tosse persistente deve usar máscara quando sair do quarto para a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

7) Deve ser usada proteção para os olhos (óculos, *goggles*) em situações onde existam probabilidades de contaminação dos olhos com sangue ou outros fluidos e secreções corpóreas (broncoscopia, endoscopia, cirurgia oral, intubação endotraqueal, procedimentos cirúrgicos).

8) As amostras de sangue e outros materiais devem ser claramente identificadas com um aviso especial, por exemplo: "precauções com sangue" ou "precauções para aids" ou "material contaminado" ou "cuidado especial". Se a superfície da amostra estiver visivelmente contaminada, deverá ser limpa com desinfetante de solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, conforme especificado no art. 7o. Para transporte, as amostras de sangue e outros materiais biológicos devem ser colocados em um saco resistente e impermeável.

9) Qualquer sangue derramado deve ser imediatamente limpo com solução de hipoclorito de sódio, conforme especificada o art. 7o.

10) Objetos contaminados com sangue devem ser colocados em sacos resistentes e impermeáveis, claramente identificados com avisos como "precauções com sangue", "precauções para aids", em rótulo de cor diferente ou outra forma de identificação. Objetos descartáveis devem ser eliminados conforme procedimento habitual em relação ao lixo infectante. Objetos não descartáveis devem ser reprocessados de acordo com as normas estabelecidas no hospital para artigos contaminados com vírus da hepatite B. Instrumentos com lentes devem ser esterilizados com óxido de etileno ou glutaraldeído a 2%, logo após seu uso em portadores de sida/aids, conforme os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização inseridos no art. 7o.

11) As agulhas não devem ser entortadas ou reinseridas nos protetores (procedimento que propicia, mais freqüentemente, a ocorrência de acidentes), devendo ser descartadas em local apropriado, em recipientes resistentes e de paredes duras (por exemplo: latas vazias de mantimentos com tampas, obtidas junto ao serviço de nutrição; caixas de papelão duplamente reforçadas; caixa de isopor de parede espessa etc), a fim de evitar-se o risco da punção acidental dos dedos.

12) As seringas e agulhas devem ser necessariamente descartáveis. Se possível, usar seringa e agulha em peça única, ou aquelas em que a agulha possa ser rosqueada à seringa para reduzir o risco de extravasamento.

13) Os funcionários do hospital que tenham depressão imunitária ou estejam em período de gestação não devem ser colocadas em contato direto com os portadores de sida/aids, pelo risco de aquisição de infecção oportunistas.

14) Em procedimentos cirúrgicos recomenda-se o uso de duas luvas e proteção para os olhos (óculos ou *goggles*).

15) Os tecidos, roupas e outros correlatos, que estejam sujos com material biológico, devem ser manipulados com a mínima agitação possível e acondicionados em saco plástico resistente claramente rotulado e encaminhado à lavanderia. Aí os tecidos devem ser submersos em solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos, antes da lavagem com água a 95oC. Os plásticos devem ser desprezados juntamente com o lixo contaminado.

16) os colchões e travesseiros devem ser revestidos com plástico e desinfetados com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%.

17) Os veículos de transporte (ambulância, cadeiras de rodas, macas) devem ter a superfície desinfetada com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, por 30 minutos, ou solução de fenóis e sintéticos a 0,8%, por 30 minutos.

18) A limpeza e a desinfecção concorrente e terminal devem ser feitas segundo os procedimentos recomendados no ítem 1), art. 7o.

19) Os equipamentos e artigos utilizados durante o tratamento do paciente, especialmente os de assistência ventilatória, deverão ser de uso exclusivo do mesmo e, ao final do tratamento, deverão ser submetidos aos procedimentos adequados de desinfecção ou esterilização.

20) Em caso de contaminação resultantes de acidentes com agulha, material cortante, contatos com sangue ou secreções em mucosa ou ferida de pessoal hospitalar, deve-se lavar a área do acidente com solução de álcool iodado de 1% e comunicar o fato imediatamente, por escrito, à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 30 - Algumas infecções devem ocorrer concomitantemente à sida/aids, podendo exigir outras precauções que devem ser somadas às já especificadas. No quadro a seguir relacionadas as precauções extras que deverão ser adotadas em algumas das infecções mais freqüentes nos casos de sida/aids. (*)As formas mucocutâneas exigem precauções iguais às recomendadas para secreções e pele.

CAPÍTULO V

Do Atendimento Médico-Ambulatorial

Art. 31 - Todas as medidas de precaução aplicadas para atendimento hospitalar de portadores da sida/aids devem ser adotadas em nível ambulatorial e em atendimento de emergência, não havendo necessidade real de áreas de exames separadas, devendo-as, entretanto, evitar o contato direto de portadores de sida/aids e quaisquer indivíduos severamente imunodeprimidos.

Art. 32 - Portadores de sida/aids podem utilizar salas de espera e banheiros comuns e qualquer tipo de pacientes, desde que estes tenham hábitos condizentes de hígienes e comportamento.

CAPÍTULO VI

Do Atendimento Odontológico

Art. 33 - No atendimento odontológico é importante fazer-se uma pequena história clínica, incluindo questões sobre medicações, doença atual, doenças recorrentes, perda inexplicável de peso, linfadenopatia, febre inexplicável, astenia e diarreia persistente.

Art. 34 - Quando houver suspeita clínica de sida/aids deve-se tomar as precauções a seguir, relacionadas e encaminhar o paciente para exame médico:

- 1) O atendimento odontológico pode ser efetuado todas as vezes que haja necessidade, recomendando-se, entretanto, que os cuidados descritos nos art. 24, 29 e 31, sejam observados com rigor.
 - 2) Deve ser usada proteção para os olhos (óculos, *goggles*) em situações onde existam probabilidades de contaminação dos olhos com sangue ou outros fluidos e excreções corpóreas.
 - 3) Todo material resultante do atendimento odontológico (*gaze*, algodão, guardanapo etc), deverá ser descartado em saco de lixo específico para uso hospitalar, rotulado com a inscrição - "contaminado".
 - 4) Todo instrumental utilizado no atendimento deve ser esterilizado por método físico, após desinfecção e limpeza, seguindo-se os procedimentos descritos no art. 7o.
 - 5) Toda superfície e/ou artigo (equipo, canetas de alta rotação, seringa água/ar, cuspidora etc.) contaminado com sangue ou secreção deve sofrer desinfecção, seguindo os procedimentos descritos no art. 7o.
- Parágrafo único. Os portadores da sída/aids hospitalizados ou não devem ser atendidos em gabinete odontológico separado exclusivamente para tal fim.

CAPÍTULO VII

Dos Cuidados em Laboratório

Art. 35 - Os seguintes cuidados laboratoriais devem ser observados ao se lidar com amostras provenientes de portadores de sída/aids ou portadores assintomáticos:

- 1) usar pipetas mecânicas e nunca pipetas com a boca;
- 2) usar seringas e agulhas descartáveis e descartar as seringas e agulhas usadas, de acordo com o estipulado nos itens 11) e 12) do art. 29.
- 3) usar avental ou uniforme quando manipular material potencialmente infectante, deixando-o, após o uso, em lugar apropriado para lavagem; os aventais de plástico devem ser usados quando houver uma maior possibilidade de contaminação; caso esta ocorra, encaminhar os aventais à lavanderia como o indicado para tecidos;
- 4) usar luvas para evitar o contato da pele com sangue, material contendo sangue, fluidos corpóreos, excreções e secreções, bem como superfícies, materiais e objetos a eles expostos;
- 5) ao se manipular material potencialmente contaminado, deve-se fazer o mínimo de agitação possível e, na centrifugação de sangue e outros materiais, deve-se usar envoltório de segurança;
- 6) as superfícies das bancadas de trabalho do laboratório devem ser desinfetadas com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, quando da eventualidade de qualquer derramamento de material infectante;
- 7) todo material usado no laboratório (vidraria, pipetas, tubos de ensaio etc.) deve ser descontaminado em autoclave, antes de ser reutilizado ou desprezado;
- 8) todos os funcionários da área de laboratório devem lavar as mãos com solução de álcool iodado a 3%, após procedimento laboratorial e retirada do avental e antes de deixarem o recinto do trabalho;
- 9) não se deve comer, beber ou fumar no laboratório.

Art. 36 - Ao serem manipulados animais de laboratório, inoculados com tecido ou material infectante de portadores de sída/aids, devem ser tomadas as precauções que se seguem:

- 1) o uso do avental, máscaras cirúrgicas e luvas é obrigatório. A proteção para os olhos (óculos ou *goggles*) é aconselhada para evitar o contato de mucosas, boca, narina e olhos com material contaminado. Manipular jaulas e excretas com cuidado, evitando a formação de aerossóis. Esses cuidados devem ser adotados ao se entrar no biotério e ao se realizar necrópsias dos animais;
- 2) cuidados extremos devem ser tomados na manipulação de instrumentos cortantes contaminados com sangue, tecidos ou fluidos corpóreos;
- 3) as gaiolas dos animais devem ser preferencialmente autoclavadas antes de serem limpas e lavadas;
- 4) se possível, deve-se usar seringas e agulhas em peça única, ou então aquela em que a agulha possa ser rosqueada à seringa, para aspirar fluidos do animal, para assegurar que os fluidos possam ser eliminados com segurança pela agulha.

CAPÍTULO VIII

Dos Cuidados nos Serviços de Anatomia Patológica e Necrotério

Art. 37 - Nos procedimentos de patologia clínica devem ser seguidas as recomendações gerais já prescritas nos artigos 23, 24, 29 e 35, no que for aplicável, além dos cuidados pessoais e com o material biológico.

Art. 38 - Os profissionais do serviço de anatomia patológica e necrotério, ao manipularem cadáveres ou material infectado ou suspeito de infecção por sída/aids, deverão usar avental e luvas se houver contato direto com sangue, secreções, excreções ou outros materiais biológicos, ou objetos e superfícies que possam estar contaminados pelos mesmos. Nunca se deve pipetar com a boca, sendo recomendável o uso de pipetagem mecânica de todos os líquidos.

Art. 39 - Todo material biológico submetido a exames de patologia clínica deverá ser etiquetado como "contaminado".

Art. 40 - As pessoas falecidas com sída/aids ou com suspeitas clínicas de sída/aids, devem ser claramente identificadas e a identificação deve permanecer junto ao corpo.

Art. 41 - Todo pessoal envolvido nos procedimentos *post-mortem* deve usar duas luvas, máscara, proteção para os olhos, avental, avental à prova d'água e botas plásticas. As superfícies contaminadas devem ser desinfetadas e o instrumental esterilizado seguindo os procedimentos descritos no art. 7o.

Art. 42 - Como parte dos cuidados *post-mortem* há necessidade de notificação administrativa dizendo que o cadáver pode oferecer risco de transmissão do vírus HIV. Como decorrência, devem ser tomadas precauções apropriadas em relação aos líquidos corporais do cadáver, de modo a impedir a exposição percutânea ou de mucosa das pessoas participantes do velório.

Art. 43 - Ao realizar uma autópsia o profissional deverá tomar todos os cuidados recomendáveis para evitar a inoculação parenteral ou mucosa, para isso deverá usar luvas duplas, cobertura protetora para os olhos, máscaras, gorros, e aventais apropriados, avental à prova d'água e cobertura para os sapatos.

Art. 44 - Após o trabalho, deve-se descontaminar a mesa de autópsia com solução aquosa de hipoclorito de sódio a 1%, com tempo de exposição de 30 minutos.

- Art. 45 - Todos os materiais contaminados devem ser colocados em autoclave por 1 hora, a 1209°C, antes de serem lavados.
- Art. 46 - Os artigos que não possam ser autoclavados devem ser desinfetados, segundo os procedimentos recomendados no art. 7o.
- Art. 47 - As amostras de tecido devem ser fixadas em formol a 10%, antes de serem cortadas para exame histológico, durante, pelo menos, 48 horas.
- Art. 48 - A execução da autópsia é idêntica a qualquer outra, recomendando-se manobras lentas e cuidadosas, para evitar acidentes. Outra recomendação é serrar o crânio ou outros ossos com serra manual, ao invés de serra elétrica, visando a evitar gotículas de sangue no ambiente.
- Art. 49 - O cérebro retirado deve ser colocado por inteiro em uma cuba com formol a 10%, para fixação, pelo período de 30 dias, no mínimo, quando então será cortado, examinado e extraídas as amostras para exame histológico. Os demais órgãos são examinados normalmente, extraindo-se amostras significativas de cada um, para exame histológico, mesmo quando aparentemente normais. As amostras deverão ser colocadas em formol a 10%, durante, pelo menos, 48 horas, para fixação.
- Art. 50 - Durante a execução da autópsia pode-se colher sangue, secreção, material necrótico, pus ou mesmo fragmentos para cultura ou pesquisa de vírus. Para tal, deve-se ter em mãos frascos esterilizados, seringas, agulhas e bico de Bunsen. O material recolhido deve ser encaminhado a laboratório competente, após contato prévio para saber se ele está apto a receber tal material.
- Art. 51 - Os frascos devem ser identificados e rotulados em local visível, com a recomendação: "Cuidado: Aids".
- Art. 52 - O cadáver autopsiado ou não, após ter sido limpo e vestido, deve ser colocado em um caixão lacrado, com visor. Para isso deve-se usar luvas para evitar contato da pele com sangue, material contendo sangue, fluidos corpóreos, excreções e secreções, assim como superfícies, materiais e objetos a eles expostos.

TÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS CAPÍTULO I

Dos Centros Nacionais de Referência

Art. 53 - São considerados atualmente Centros Nacionais de Referência pelo Ministério da Saúde, responsáveis pela cobertura das áreas a seguir discriminadas, para fins de confirmação diagnóstica.

1) Instituto Adolfo Lutz - SÃO PAULO - SP

Área de cobertura: SÃO PAULO - PARANÁ - SANTA CATARINA - RIO GRANDE DO SUL e ESPÍRITO SANTO.

2) Fundação Instituto Oswaldo Cruz - RIO DE JANEIRO - RJ

Área de cobertura: demais unidades federadas.

CAPÍTULO II

Das Prescrições Diversas

Art. 54 - Na proporção do desenvolvimento das técnicas, processos e procedimentos referentes à sida/aids, o Departamento-Geral de Serviços baixará Normas Complementares.

Art. 55 - Devido a falta de comprovação científica sobre a transmissão da sida/aids pelo contato casual, a recusa do atendimento a pacientes portadores de aids não é justificável. Os cuidados e precauções existem ser seguidos e, até o presente momento, têm comprovado uma excelente proteção ao profissional.

Art. 56 - Os indivíduos enquadrados nas presentes Normas não devem sofrer qualquer tipo de discriminação.

Art. 57 - Os aspectos técnicos omitidos referentes às presentes Normas serão apreciadas pelo Departamento-Geral de Serviços, ouvida a Diretoria de Saúde.

IV. Portaria Interministerial Nº 869 de 1992

Os Ministros de Estado da Saúde e do Trabalho e da Administração, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, e,

Considerando que os artigos 13 e 14 da Lei nº 8.112/90 exigem tão somente a apresentação de um atestado de aptidão física e mental, para posse em cargo público;

Considerando que a sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) em si não acarreta prejuízo da capacidade laborativa de seu portador;

Considerando que os convívios social e profissional com portadores do vírus não configuram situações de risco;

Considerando que as medidas para o controle da infecção são a correta informação e os procedimentos preventivos pertinentes;

Considerando que a solidariedade e o combate à discriminação são a fórmula de que a sociedade dispõe para minimizar o sofrimento dos portadores do HIV e das pessoas com AIDS;

Considerando que o manejo dos casos de AIDS deve ser conduzido segundo os preceitos da ética e do sigilo;

Considerando que as pesquisas relativas ao HIV vêm apresentando surpreendentes resultados, em curto espaço de tempo, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados e doentes, resolvem: Proibir, no âmbito do Serviço Público Federal, a exigência de teste para detecção do vírus de imunodeficiência adquirida, tanto nos exames pré-admissionais quanto nos exames periódicos de saúde.

ADIB D. JATENE
Ministro da Saúde

JOÃO MELLÃO NETO
Ministro do Trabalho e da Administração

V. Portaria Interministerial Nº 796 de 1992

Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV da Constituição Federal, e considerando o dever de proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV);

Considerando que têm ocorrido injustificadas restrições a esses direitos no País;

Considerando que não foi documentado nenhum caso de transmissão mediante contatos casuais entre pessoas em ambiente familiar, social, de trabalho, escolar ou qualquer outro;

Considerando que a educação é direito constitucionalmente

Considerando que ampla informação sobre a infecção pelo HIV é estratégia para eliminar o preconceito contra portadores e doentes e essa medida é essencial para controle da infecção;

Considerando que a limitação ou violação de direitos constitucionais à saúde, à educação e ao trabalho de pessoas infectadas pelo HIV não se justificam, resolvem:

Art. 1º - Recomendar a observância das seguintes normas e procedimentos:

I - A realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno, e a exigência de testes para manutenção da matrícula de sua frequência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, são injustificadas e não devem ser exigidas.

II - Da mesma forma não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino.

III - Os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar.

IV - A divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de aids de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores ou funcionários, não deve ser feita.

V - Não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

Art. 2º - Recomendar a implantação, onde não exista, e a manutenção e ampliação, onde já se executa, de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e aids, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis, na forma do anexo.

§ 1º - O projeto educativo de que trata o *caput* deste artigo deverá ser desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino do País, em todos os níveis, com participação e apoio dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde.

§ 2º - Os conteúdos programáticos do projeto educativo deverão estar em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.

§ 3º - Os resultados do projeto educativo serão avaliados pela Coordenação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e seus relatórios encaminhados periodicamente aos Ministros da Educação e da Saúde.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOLDEMBERG
Ministro da Educação

ADIB JATENE
Ministro da Saúde

ANEXO - AIDS NAS ESCOLAS

I - INTRODUÇÃO

Há preocupação legítima por parte de pais, professores, funcionários e até das próprias crianças, em escolas de primeiro grau, quanto a eventuais riscos de transmissão do vírus da aids no ambiente escolar. Os mecanismos de transmissão, permitem, com grande margem de certeza, qualificar como desprezível o perigo no que se refere às crianças que ainda não iniciaram atividade sexual ou encontram-se em idades nas quais o uso de drogas pela via endovenosa é muito pouco frequente: o vírus da aids (HIV) é transmitido através do sangue, do relacionamento sexual e de gestante infectada para seu filho. Não há nenhum caso rigorosamente documentado, no mundo, de propagação no convívio escolar, sem a intervenção do uso de drogas ou do contato sexual. A literatura médica é consensual no sentido de que a convivência com o indivíduo portador do vírus da aids, no âmbito familiar, ou em lugares de trabalho, clubes, escolas e outras comunidades sociais, afigura-se plenamente admissível.

Observações decorrentes do que vem sucedendo em alguns países, há pelo menos cinco anos, atestam a inocuidade desses tipos de convívio. Medidas habituais de higiene, inclusive nos sanitários de uso comum, devem ser respeitadas.

Situações nas quais pessoas podem se expor a sangue de contaminados, tendo igualmente lesões de tegumento cutâneo, oferecem riscos potenciais. Todavia, elas não são mais freqüentes nas escolas do que na vida civil de um modo geral, já que acidentes acontecem em todos os locais onde têm lugar atividade humana. Outras infecções, além da provocada pelo HIV, podem ser transmitidas pelo sangue.

A Hepatite, pelo vírus B, por exemplo, nunca mereceu destacada atenção e nem causou episódios de pânico e discriminação, o que mostra não ser racional nem uma coisa nem outra, quando está em foco a aids.

Diante desses fatos, é judicioso que as escolas do primeiro grau preparem-se para implantação de precauções pertinentes ao sangue, envolvendo todos os alunos, sem nenhuma preocupação com informações advindas de exames sorológicos. Qualquer ocorrência precisa ser manuseada com cuidado, para que o sangue não entre em contato com quem presta atendimento, e isso implica no uso de luvas descartáveis.

O sangue deixado no lugar requer cobertura com álcool a 70%, por dez minutos, ou hipoclorito de sódio 1% (ver item IV - superfícies não corpóreas), igualmente durante dez minutos, para inativar possíveis vírus presentes, só devendo ser removido depois da adoção desta providência. São essas, aliás, as normas seguidas por médicos e seus colaboradores em tarefas assistenciais, assim como por barbeiros, policiais e outros profissionais que não raramente podem ter contato com sangue, em virtude das exposições a que ficam sujeitos. Secreções e excreções (saliva, suor, lágrima, fezes e urina), excluídos o sangue, esperma e secreções vaginais, não geram risco palpável, inexistindo relatos de contaminação por intermédio delas.

Precauções simples e rotineiras de higiene em relação às secreções ou excreções, nas escolas e em quaisquer outras situações de convivência, são suficientes para eliminar qualquer risco, mesmo teórico, de contaminação. As precauções indicadas nesta instrução possuem da mesma forma o valor de prevenir outras moléstias potencialmente transmissíveis por sangue, além de infecção pelo HIV; não dependem de custosos investimentos ou de materiais complexos, estando ao alcance de qualquer escola. Os tópicos subseqüentes procuram responder questões gerais e específicas que surgem com freqüência no âmbito das escolas.

II - SITUAÇÕES GERAIS

1 - É segura a convivência com pessoas infectadas pelo vírus da aids na comunidade escolar?

Sim. O vírus da aids não é transmitido pelo contato casual cotidiano. O HIV (vírus da aids) é mais freqüentemente transmitido através de relações sexuais e pelo uso comum de agulhas e seringas infectadas. Estas atividades são obviamente proibidas nas escolas.

2 - Segundo o Ministério da Saúde, os indivíduos infectados não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção. Caso isto ocorra, qual deve ser o procedimento da Direção da Escola?

Por intermédio da pessoa ou da família, em se tratando de menor, contactar confidencialmente o médico assistente e/ou autoridade de saúde pública para verificar se é necessária a adoção de cuidados especiais para preservação da saúde do indivíduo em questão.

III - SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

1 - MORDIDAS

Após ter sido exaustivamente pesquisado, conclui-se que mordeduras não constituem meio de transmissão do HIV. Embora o vírus da aids tenha sido isolado na saliva, isto ocorreu com muito pouca freqüência. Além do mais, há evidências de que a saliva pode bloquear a ação infectante do HIV. No entanto, o risco teórico pode existir. Por risco teórico deve se entender "algo que nunca ocorreu e é improvável que venha a ocorrer". Portanto, a transmissão do HIV através de mordeduras não deve ser motivo de preocupação na comunidade escolar. Em relação ao mordedor "contumaz" recomenda-se a busca de orientação profissional adequada, por tratar-se de distúrbio de comportamento e não por significar risco de transmissão do HIV.

2 - LIMPEZA APÓS ACIDENTES

A perda de controle orgânico, em decorrência de acidentes, pode provocar vômitos e a liberação de fezes e urina. Embora o vírus da aids tenha sido isolado destas excreções, bem como de secreção nasal, o risco de transmissão por estas vias inexistente. Com relação a limpeza de sangue e outros fluidos corporais ver uso de precauções universais (item IV - ferimentos).

IV - CONTROLE DE INFECÇÕES

1 - Como os fluidos corpóreos podem ser manipulados na comunidade escolar para prevenir a infecção pelo HIV?

Como dito anteriormente, não existe nenhuma evidência da transmissão do HIV através de vômitos, saliva, secreção nasal, fezes ou urina. Entretanto, estes fluidos podem transmitir outras infecções como hepatite A. Por esta razão recomenda-se a adoção dos seguintes procedimentos:

O uso de luvas de látex ou papel toalha para limpeza da criança.

Lavar as mãos com água e sabão após o atendimento de cada criança.

Desinfectar superfícies ou áreas contaminadas.

2 - Qual o risco da transmissão do HIV através da exposição ao sangue?

O risco, embora pequeno, existe nas seguintes condições:

- a) ferimentos com instrumentos perfuro cortantes contaminados. Para que isto ocorra é necessário que haja corte ou perfuração de outrem ou que haja contato imediato do instrumento com mucosa ou pele lesadas. Mesmo assim, a quantidade de sangue introduzido deverá ser grande para significar risco.
- b) Contato direto do sangue com mucosa ou pele lesadas.

3 - Quais são as precauções?

Ferimentos

- Usar luvas de látex para manipulação de sangue em geral.
- Lavar o local do ferimento com água e sabão.
- Cobrir com curativo.
- Encorajar a criança a tomar as primeiras iniciativas, como comprimir o local do ferimento com gaze ou papel toalha, enquanto aguarda atendimento.

Superfícies não corpóreas

- Cobrir a superfície com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%10 durante 10 minutos.
- Limpar o local com pano embebido em desinfetante.
- Hipoclorito de sódio de 1% é = 1 parte de água para 4 partes de água sanitária ou água de Lavadeira (Q-BOA, Cândida ou similares).

V - SOROLOGIA

Não existe indicação médica para triagem sorológica de estudantes ou funcionários de escolas, nem para admissão, nem para manutenção de matrícula e/ou emprego.

VI - CONFIDENCIALIDADE

Em nenhuma hipótese os resultados de teste anti-HIV, eventualmente realizados, poderão ser divulgados. Aqui, como em qualquer outra situação relacionada a esta Síndrome, a privacidade do indivíduo e da família deve ser sempre respeitada. A perda do sigilo, como já ocorreu, pode levar a preconceitos, com rejeição ou isolamento, acarretando sérios problemas para o indivíduo e sua família. Assim, qualquer informação sobre o estado clínico ou laboratorial deve ser estritamente confidencial. Em casos específicos de indivíduos com sintomatologia, caberá ao médico assistente ou autoridade sanitária, estabelecer as medidas de proteção ao indivíduo e à comunidade escolar. Em algumas situações, definidas pelos profissionais de saúde, poderá ser necessário que pessoas da escola saibam da condição do infectado. Por exemplo, em casos de necessidade de medicação específica, de ausências para tratamento, e na eventualidade de algum surto de doenças infecto-contagiosas na escola (ex.: catapora, sarampo) que poderá exigir medidas de proteção à criança portadora do HIV.

Existe risco para a comunidade escolar quando uma criança, quer seja positiva ou negativa para o vírus da aids, desenvolve doenças como tuberculose ou meningite. Nestes casos, mas só nestes casos, recomenda-se o afastamento temporário

10 Hipoclorito de Sódio de 1% é = 1 parte de água para 4 partes de água sanitária ou água de lavadeira (Q-BOA, Cândida ou similares)

REFERÊNCIAS

Global Programme on Aids, Consensus Statements from Consultation on Aids and Sports - 16, January 1989.

World Health Organization - Someone at School has Aids, National Association of State Boards of Education

Implementation of the Global Strategies for the Prevention and Control of Aids, World Health Organization, February, 1992

Normatividade Sobre Sida em América Latina y el Caribe Fuenzalida-Nuelma et. all

Lei Federal no 6.259 - 30.10.1975

Aids e o Trabalho - Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - 1987

Aids - Recomendações Técnicas e Éticas - Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - 1988

(Pub. DOU em 3/6/92)

VI. Portaria Nº 97 de 1995

DO 166, de 20/8/95

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

Considerando as recomendações da Comissão Nacional de AIDS, instituída pela Portaria GM/MS nº. 1028, de 03 de julho de 1994;

Considerando os estudos elaborados pela Coordenação-Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), resolve:

Art.1º- Para prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno , deverão ser consideradas as seguintes medidas :

I - O aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele comumente praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas - de - leite .

II- As mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos , nem doar leite; os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitem do leite materno como fator de sobrevivência , poderão receber leite de suas próprias mães , desde que adequadamente pasteurizado.

III- Os Bancos de leite Humano somente utilizarão leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos . Essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV, passíveis de serem encontradas no leite humano . Cabe salientar que o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia não garantem a inativação do HIV. A pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite, segundo o disposto na Portaria n° 322/MS, de 26.05.88 .

IV- A seleção de doadores de banco de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos na Portaria n°322/MS, de 26.05.88 .

V- As mães em situação de risco para HIV antes de doar leite ou amamentar seus filhos, devem ser orientadas a se submeterem a testes sorológicos, devendo para tal realizar aconselhamento pré e pós-teste .

VI- São consideradas com situações de risco para o HIV , as mulheres:

a) Usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis;

b) que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados à partir de 1980;

c) que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres);

d) com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis à partir de 1980.

Art. 2.º - Os Bancos de Leite Humano e demais Centros Promotores de Aleitamento Materno devem adotar procedimentos éticos, legais e morais na promoção do aleitamento materno sem risco.

Art. 3.º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

EDUARDO LEVCOVITZ

VII. Portaria N° 2.415 de 1996

DO 246, de 19/12/96

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, e

Considerando as recomendações da Comissão Nacional de AIDS, instituída pela Portaria GM/MS n° 1.028, de 3 de julho de 1994:

Considerando os estudos elaborados pela Coordenação-Geral do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissível e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), resolve:

Art. 1º Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno ,deverão ser consideradas as seguintes medidas:

I – o aleitamento materno cruzado não deve ser realizado, incluindo aquele às vezes praticado nos sistemas de alojamento conjunto e pelas tradicionais amas-de-leite:

II – as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite:

III – os filhos de mães infectadas pelo HIV que necessitam do leite materno como fator de sobrevivência , poderão receber leite de suas próprias mães. desde que adequadamente pasteurizado;

IV – os Bancos de Leite Humano utilizarão somente leite ou colostro, após adequada pasteurização, como aquecimento a 62,5°C por 30 minutos. observando que:

essa prática constitui tratamento térmico capaz de inativar 100% de todas as partículas de HIV possível de serem encontradas no leite humano:

o simples congelamento ou liofilização, sem pasteurização prévia, não garante a inativação do HIV:

a pasteurização é uma prática obrigatória em todos os bancos de leite, segundo o disposto na Portaria n° 322/MS, de 26 de maio de 1998.

V – a seleção de doadores de bancos de leite deve obedecer aos critérios estabelecidos na Portaria n° 322/MS, de 26 de maio de 1988:

VI – as mães em situação de risco para o HIV, antes de amamentarem seus filhos, devem preferencialmente no pré-natal, ser orientadas a se submeterem a teste sorológico, devendo, para tal, realizar aconselhamento pré e pós-teste:

VII – são consideradas como situações de risco para o HIV, as mulheres :

usuárias de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas/seringas e/ou com parceiros usuários de drogas injetáveis:

que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados e/ou com parceiros que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados a partir de 1980:

que mantenham relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros e/ou com parceiros que mantenham relações sexuais sem proteção com um ou múltiplos parceiros (homens ou mulheres):

com histórico de doenças sexualmente transmissíveis e/ou parceiros com histórico de doenças sexualmente transmissíveis a partir de 1980.

Art. 2º Esta Portaria entrara em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Portaria nº 097, de 28 de agosto de 1995, por ter sido publicada com incorreções.

JOSÉ CARLOS SEIXAS

VIII. Portaria Nº 874 de 1997

DO 126, de 4/7/97

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto nos § 1º e 2º da Lei 9.313, publicada no DOU de 14.11.96;

considerando as conclusões a que chegou o Grupo de Trabalho constituído pela Portaria nº 2.334/96 para viabilizar o cumprimento das disposições da referida Lei;

considerando a necessidade de oficializar e divulgar a orientação para o uso de medicamentos em portadores do HIV e doentes de Aids, para todo o País, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do anexo a esta portaria, o Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/DST, para orientar o cumprimento do disposto nos parágrafos 1º e 2º da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.

Art. 2º O Art. 2º da Lei 9.313/96 será objeto de regulamentação a ser acordada com os gestores do SUS ficando o Ministério da Saúde responsável tão somente pelos medicamentos específicos para o tratamento de HIV/AIDS.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE

ANEXO - GUIA DE CONDUTAS TERAPÊUTICAS EM HIV/AIDS

1 - Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 1997.

A . RECOMENDAÇÕES PARA O INICIO DA TERAPIA			
SITUAÇÃO CLÍNICA	CONDAGEM DE CD4 (células/mm ³) Citometria de fluxo	CARGA VIRAL (cópias/ml)	INDICAÇÃO
Assintomático	Contagem de CD4 não disponível.	Carga Viral não disponível	Não tratar
Assintomático	≥500	≥30.000 ≥10.000<30.000 <10.000 carga viral não disponível	1. Tratar 2. Considerar tratamento 3. Não tratar 4. Não tratar
Assintomático	≥350<500	4. carga viral não disponível <5.000 5.000	Tratar ou monitorar Tratar ou monitorar Tratar
Assintomático	≥200<350	Independente de carga viral	tratar
Assintomático	<200	Independente de carga viral	Iniciar terapia e profilaxia para infecções oportunistas ⁽¹⁾
Sintomático	Independente do CD4	Independente da carga viral	Iniciar terapia e profilaxia para infecções oportunistas ⁽¹⁾

Em situações em que não haja disponibilidade para realizar CD4 e carga viral, recomenda-se o uso de anti-retrovirais somente para sintomáticos, com exceção das situações específicas⁽²⁾

Pneumonia por P. carinii e toxoplasmose.

Gestante HIV +, recém-nato de mãe portadora de HIV e exposição ocupacional ao HIV.

B. INÍCIO DE TRATAMENTO			
SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTAGEM DE CD4 (células/mm ³) citometria de fluxo	CARGA VIRAL ⁽⁶⁾ (cópias/ml)	ESQUEMA TERAPEUTICO
Assintomático	≥500	≥30.000 ≥10.000<30.000	AZT + ddl ou AZT + ddc ⁽¹⁾
Assintomático	≥350<500	Independente da carga viral	AZT + ddl ou AZT + ddc ⁽¹⁾
Assintomático	≥200<350	Independente de carga viral	AZT + ddl ou AZT + ddc ⁽¹⁾
Assintomático	<200	<5.000 ou não disponível ≥5.000	Dupla com monitoramento após cerca de 6 semanas AZT + ddl ou AZT+3TC ⁽²⁾ Tríplice com AZT + ddl + IP ^(3,4) ou AZT+3TC+IP ^(3,4)
Assintomático	<100	Independente de carga viral	Tríplice com AZT+ddl+IP ^(3,4) ou AZT+3TC+IP ^(3,4)
Sintomático ⁽⁵⁾	Não disponível	Não disponível	AZT+ddl ou AZT+ddc ⁽¹⁾
Sintomático	≥200	Independente de carga viral	AZT+ddl ou AZT+ddc ⁽¹⁾
Sintomático	<200	Independente da carga viral	Tríplice com AZT+ddt+IP ou AZT+3TC+IP ^(3,4)

IP= Inibidor de Protease.

É recomendado que o 3TC seja reservado para esquemas tríplice com IP. A utilização de 3TC pode resultar em resistência ao ddl e ddc.

Não se recomenda o uso de ddc em pacientes com CD4 200/mm³ exceto em situações específicas, quando há intolerância ao ddl e esta não é ocorrência de neuropatia periférica.

A potência do indinavir ou rosinavir e similar. O saquinavir em sua fórmula atual, é menos potente devido a sua menor biodisponibilidade.

O uso de indinavir ou rosinavir pode resultar em resistência cruzada aos 3 inibidores de prótese disponíveis. Isso ocorre menos frequentemente, com o uso de saquinavir.

Recomenda-se a terapia tríplice com IP em pacientes com doenças indicativas de gravidade: criptococose, toxoplasmose cerebral, criptosporidiose intestinal crônica, citomegalovirose, doença disseminada por M. avium, linfoma primário do cérebro sarcoma de Kaposi visceral e/ou cutâneo-mucoso disseminado.

A avaliação da carga viral deve ser realizada em períodos de estabilidade clínica, utilizando-se sempre a mesma técnica e, preferencialmente, o mesmo laboratório. Esse teste não deve ser realizado até passadas pelo menos 4 semanas da ocorrência de infecção oportunista ou de vacinação. A contagem de CD4 deve ser realizada, preferencialmente, pelo mesmo laboratório e no mesmo período do dia. O exame deverá ser refeito quando ocorrerem contagens discrepantes e, principalmente, quando decisões terapêuticas

C. USO PRÉVIO DE TERAPIA DUPLA		
TRATAMENTO PRÉVIO	ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO	OBSERVAÇÃO
AZT + ddl ou AZT + ddl	AZT + 3TC + IP ^(1,2) ou D4T + 3TC + IP ^(1,2) ou D4T + ddl + IP ^(1,2)	Ao instituir a terapia tríplice, deve-se incluir um IP(1,2) e substituir pelo menos um dos inibidores da transcriptase reversa, evitando-se as combinações não aceitáveis.

IP=inibidor de protease.

(1)A potência do indinavir e do ritonavir, é similar. O saquinavir em sua formulação atual, é menos potente devido á sua menor biodisponibilidade.

(2)O uso de indinavir ou rosinavir pode resultar em resistência cruzada aos 3 inibidores de protease disponíveis. Isto ocorre menos, frequentemente, com o uso do saquinavir.

D. INTOLERÂNCIA

AZT: substituir pelo d4T, evitando-se as combinações não aceitáveis.

Ddl: substituir pelo ddC ou pelo 3TC(nos casos da neuropatia periférica, não prescrever ddC).

Mudanças de Esquema Terapêutico

Deve-se considerar a modificação de um esquema terapêutico nas seguintes situações:

ausência de eficácia inicial;

falha terapêutica; e/ou

intolerância medicamentosa/tocidade.

Critério de Eficácia inicial

Um tratamento anti-retroviral será considerado eficaz se, passadas seis semanas do início da terapia, houver uma redução mínima de 90% (isto é, da ordem de um log.) na carga viral. Alterações na contagem de linfócitos CD4 não tem maior relevância neste contexto.

Crítérios de Falhas Terapêuticas:

Crítérios Clínicos: desenvolvimento de doenças oportunistas definidoras de aids, passados 60 (sessenta) dias de uso de terapia anti-retroviral.

Crítérios Laboratoriais:

retorno da carga viral a mais de 70% da medida inicial; e/ou

retorno da contagem de CD4 ao nível basal, após elevação, ou queda superior $\frac{1}{4}$ (isto é, 25%) do percentual inicial.

Observação: embora o objetivo da terapia seja a obtenção de níveis mínimos ou indetectáveis de replicação viral, níveis elevados, comparativamente, são aceitáveis, respeitados os parâmetros acima, e na impossibilidade de introdução de esquema potencialmente mais eficaz.

Intolerância Medicamentosa

A Intolerância medicamentosa só deve ser caracterizada após esgotarem-se todos os recursos para adaptação do paciente ao medicamento.

E. COMBINAÇÕES ANTI-RETROVIRAIS NÃO ACEITÁVEIS
d4T + AZT d4T + ddC ddl + ddC ddC + 3TC 3TC + IP em terapia dupla ddC + IP em terapia dupla Indinavir + Saquinavir Indinavir + Ritonavir Três ou mais inibidores de transcriptase reversa

F. ANTI-RETROVIRAIS E TUBERCULOSE	
CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Pacientes com diagnóstico recente de tuberculose e não fazendo uso de IP.	Iniciar tratamento específico, utilizando o esquema I : 2 meses iniciais com isoniasida + rifampicina + pirazinamida, seguido de sete meses com rifapicina + isoniazida. Somente após o término do tratamento específico, iniciar, quando indicado, esquema anti-retroviral com IP.
Pacientes com diagnóstico recente de tuberculose, fazendo uso de IP no esquema anti-retroviral não deva ser adiada, devido o seu estado clínico.	Utilizar esquema alternativo para tratamento da tuberculose, concomitantemente com o IP, substituindo a rifampicina por etambutol+estreptomicina, estendendo-se o tempo de tratamento da tuberculose para 12 meses (2 meses iniciais com SM+EMB+PZA e 10 meses com BEM+INH)

Nas duas situações existem um comprovado prejuízo para o paciente pelo adiamento na introdução do IP ou pela não inclusão do RMP(principal droga do esquema anti-TB) no tratamento da tuberculose. Recomenda-se, portanto, que o diagnóstico de tuberculose seja realmente comprovado e que seja enfatizado, para o paciente em uso do esquema I, a importância do cumprimento terapêutico, com o objetivo de alcançar a cura da tuberculose e iniciar o uso do IP, quando indicado, o mais breve possível.

II- Recomendações para Quimioprofilaxia após a Exposição Ocupacional ao HIV

Tipo de exposição	Material-fonte	Profilaxia	Esquema Anti-retroviral ²
Peracultânea:	Sangue risco mais elevado risco aumentado sem risco aumentado b)Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ c)Outro líquido corporal (p. ex. urina)	Recomendar Recomendar Oferecer Oferecer Não oferecer	AZT+ 3TC+IP ⁴ AZT+ 3TC+IP ⁴ AZT+ 3TC AZT+ 3TC
De Mucosa:	a)Sangue	Oferecer Oferecer	AZT+ 3TC+ IP AZT+ 3TC

	b) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ c) outro líquido corporal (p. ex. urina)	Não oferecer	
De pele risco aumentado ⁶ :	a) Sangue b) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ c) Outro líquido corporal (p. ex. urina)	Oferecer Oferecer Não oferecer	AZT+3TC+IP ⁴ AZT+3TC

Recomendar: a profilaxia pós-exposição deve ser oferecida ao profissional exposto, com aconselhamento.

Oferecer: a profilaxia pós-exposição deve ser oferecida ao profissional exposto, com aconselhamento.

Não oferecer: a profilaxia pós-exposição não deve ser oferecida, pois não houve exposição ocupacional ao HIV.

Esquema Anti-retroviral: AZT 200mg três vezes ao dia; 3TC 150mg duas vezes ao dia; Indinavir 800mg três vezes ao dia por 4 semanas.

A opção pelo indinavir deve-se à sua melhor tolerância. Na falta ou impossibilidade do seu uso, deve-se preferir o Ritonavir (600mg duas vezes ao dia, por 4 semanas) ao saquinavir, devido à baixa biodisponibilidade deste último.

Risco Mais Elevado: presença de ambos; maior volume de sangue, e o sangue contendo alto teor de HIV (por exemplo, doença retroviral aguda ou aids terminal).

Risco aumentado: presença de um dos dois: maior volume de sangue, ou sangue contendo alto teor de HIV.

Sem Risco aumentado: ausência de ambos os fatores de risco.

IP= inibidor de protease, com opção pelo indinavir, devido ao fato de ser melhor tolerado. Na impossibilidade de seu uso, recomenda-se o ritonavir.

Inclui: sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, peritoneal, pericárdio e amniótico.

Para a pele, o risco é maior para exposição que envolva uma alta carga de HIV, contato prolongado, área extensa, ou área na qual a integridade da pele está visivelmente comprometida; para exposição de pele sem maior risco, o risco de toxicidade ultrapassa o benefício da profilaxia pós-exposição.

Observações:

a) em situações em que a “condição” sorológica do paciente-fonte não for conhecida, deve-se:

- iniciar esquema anti-retroviral, de acordo com a gradação do risco do acidente; e

- solicitar sorologia para HIV do paciente-fonte e, caso este seja negativo, suspender a quimioprofilaxia.

b) deve-se solicitar sorologia para HIV, imediatamente após o acidente, para todo indivíduo que sofra exposição ocupacional ao HIV. Caso o resultado do teste seja positivo, encaminhar para acompanhamento específico.

III – Drogas para Tratamento das Infecções Associadas à Aids em Adultos e Adolescentes : Dosagem, Efeitos Adversos e Comentários.

INFECÇÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Angiomatose bacilar (<i>Bartonella quintana</i> , <i>B. henselae</i>)	Tratamento	Eritromicina 500mg VO 4x/dia por 8 semanas.	Doxiciclina 100mg VO 2x/dia, por 8 semanas.	
Donovanose	Granuloma inguinal	Doxiciclina 100mg VO 2x/dia por 14 dias ou até desaparecerem as lesões.	Sulfametoxazol + Trimetoprima (800+160mg) VO 2x/dia, até cura clínica.	
Campylobacteriose (<i>Campylobacter jejuni</i>)	Intestinal Disseminada	Eritromicina 500mg VO 4x/dia, por 5 dias.	Ciprofloxacina 500mg 2x/dia, por 3 a 5 dias.	As quinolonas não são recomendadas para crianças e gestantes.
Chlamydia <i>trachomatis</i>	Uretrite e cervicite não gonocócica ou pós-gonocócica	Azitromicina 1g dose única Gestante: Eritromicina (estearato) 500mg VO 4x/dia, por 10 dias.	Doxiciclina 100mg VO 2x/dia, por 10 a 14 dias.	

INFECÇÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancróide	Sulfametoxazol + Trimetoprima (800+160mg) VO 2x/dia, no mínimo por 10 dias.	Azitromicina 1g dose única ou Eritromicina 500mg VO4x/dia, por 10 dias.	Ciprofloxacina 500mg dose única tem sido efetivo em vários ensaios clínicos. Em gestantes, utilizar Eritromicina 500mg.

				3x/dia, por 10 dias.
<i>Klebsiella/Enterobacter</i>	Estomatite	Cefalosporina 3ª Geração, Penicilina anti-Pseudomonas, Imipenem, Ciprofloxacina, Aztreonam (todos IV).		Depois de iniciar tratamento empírico, identificar susceptibilidade do agente.
Literiose	Bacteremia Meningite Infecção focal	Ampicilina 200mg/kg/dia, IV 4/4h, por 14 a 21 dias.	Sulfametoxazol + Trimetoprima 20mg/kg/dia (TMP) IV 6/6hs	Alguns trabalhos sugerem sinergismo com Ampicilina e Aminoglicosídeos.
Linfogranuloma venéreo		Doxicilina 100mg VO 2x/dia, por 14 a 21 dias, ou Tetraciclina.	Eritromicina 500mg VO 4x/dia, por 21 dias ou até regressão da lesão.	Diagnóstico baseado na sorologia. Contra-indicação de biópsia. Em gestantes, utilizar Eritromicina 500mg 3x/dia, por 10 dias.
Microsporidíase		Albenndzol 400mg VO 2x/dia, por 4 semanas.	Metronidazol 500mg VO 3x/dia	

INFECÇÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
<i>Mycobacterium Tuberculosis</i>	Tuberculose Ativa	Isoniazida (INH) – 10mg/kg/dia (dose máxima de 400mg/kg/dia) VO 1x/dia em jejum + Rifampicina (RMP) 10mg/kg/dia (dose máxima de 600mg/kg/dia) VO 1X/DIA + Pirazina (PZA) 35mg/kg/dia VO (dose máxima de 2g/dia) 1x/dia INH+RMP+PZA, por 2 meses. INH+RMP, por mais 7 meses.	Esquema proposto para retratamento, recidiva ou doença ativa após abandono: RMP+INH+PZA Associado ao Etambutol (BEM) 25mg/kg/dia VO, por 2 meses, seguido de RMP+INH+BEM, por 7 meses.	Na ausência de complicação ou resistência às drogas, a cultura de escarro torna-se negativa após 5-6 meses. No regime (INH+RMP+PZA), a média de recaída é de, aproximadamente, 5%. Nestes últimos 2 anos, tem sido descrita resistência às drogas tuberculóticas, principalmente RMP e INH. O isolamento e a identificação são essenciais. Associar Piridoxina 25mg/kg/dia, se em uso dd/ddc/d4T.

<i>Mycobacterium aviumintracellulare e (MAI)</i>	Culturas positivas (sangue, medula óssea, outros fluídos e tecidos)	Esquema ideal não definido. Clarithromicina 500mg VO 2x/dia e Etambutol 15mg/kg/dia VO	Azitromicina 500mg/dia VO e Etambutol 15mg/kg/dia VO	MAI tem sido visto com CD4< 100mm ³ em sintomático com bacilemia. Indometacina pode diminuir os sintomas.

INFECÇÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇAS	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/ EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Doença inflamatória pélvica, salpingite.	Ambulatório: - Temp<38°C	Ceftriaxona 250mg IM dose única +	Ofloxacina 400mg VO 2x/dia por 10 dias +	Indicações de hospitalização:
Abscesso tubovariano. <i>N. gonorrhoeae</i> . <i>C. trachomatis</i> , <i>bacterioides</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Strptococcus sp</i> <i>Mycoplasma</i> .	- Leucócitos <11.000/mm ³ - Baixo risco de peritonite, peristaltismo presente, boa tolerância à medicação VO Hospitalizados.	Doxiciclina 100mg VO 2x/dia, por 14 dias. Pernicilina G. cristalina 5mU IV 6/6hs + Gentamicina 80mg IV 8/8hs. Casos graves: incluir Mtronizadol 500mg IV 8/8hs, por 14 dias.	Doxiciclina 100mg VO 2x/dia, por 14 dias. Gentamicina 80mg IV 8/8hs + Clindamicina 600mg IV 6/6hs	Gravidez, suspeita de abscesso périco, temp.>38°C, necessidade de laparoscopia, falha da resposta em 72hs de tratamento ambulatorial, diagnóstico inserto.

Prostatite aguda <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> ,	Homem jovem, sexualmente ativo.	Ceftriaxona 1g IV/IM dose única seguida de Doxiciclina ou Azitromicina	Ofloxacina 400mg VO 2x/dia, por 30 dias.	As fluoroquinolonas são ativas contra <i>N. gonorrhoeae</i> . Ofloxacina é mais ativa á <i>C. trachomatis</i> . Norfloxacina não funciona. Criptococcus também é causa de prostitute na aids.
--	---------------------------------	--	--	---

INFECCÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇAS	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Enterobacteriaceae, <i>E. coli</i> e outros gram negativos		Ofloxacina 400mg VO 2x/dia, por 14 a 28 dias.	Ciprofloxacina 500mg VO 2x/dia	
<i>Rhodococcus sp.</i> (Crinebacterium equi)	Pumonar	Vancomicina 1g IV 2x/dia, por 14 a 28 dias.	Eritromicina 500mg VO 4x/dias ou Imipenem 500mg IV 4x/dia + Rifampicina 600mg/dia VO, no mínimo 14 dias.	Recidivas são freqüentes, devendo ser feita manutenção com Rifampicina + macrolídeo.
<i>Salmonella typhi</i> <i>Salmonella sp.</i>	Bacteremia recorrente	Cloranfenicol 500mg VO 4x/dia, por 14 dias. Ciprofloxacina 500mg VO 2x/dia, por 14 dias.	Ciproflaxacina 750mg VO 2x/dia por 14 dias. Recafda: ciprofloxacina 500mg 2x/dia VO, independentemente. Ampicilina 2g IV 4x/dia por 14 dias Sulfametoxazol + Trimetoprima 5 – 10mg/kg/dia (TMP) VO 4x/dia, por 14 a 28 dias.	Caso não possam ser utilizadas Quinolonas, optar por Ampicilina ou Sulfamexazol + Trimetropina ou Cefalosporina de 3º geração.
Shigeloses		Ampicilina 4g/dia VO por 15 dias.	Ciprofloxacina 500mg VO 2x/dia por 10 dias.	Recidiva indica tratamento com Ciprofloxacina 500mg
				VO 2x/dia, independentemente.

INFECCÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇAS	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
<i>Staphylococcus aureus</i>	Foliculite, ectima	Cefalexina 500mg VO 4x/dia, por 5 a 7 dias. Se refratário ou recorrente, acrescentar Rifampina 600mg VO 1x/dia.	Eritromicina 500mg VO 4x/dia, por 5 a 7 dias ou mais, se necessário	No caso de recorrências freqüentes, tentar descolonização com Clorexidina e Mupirocina.

Streptococcus <i>Pneumoniae</i>	Infecções recorrentes	Penicilina V 250mg VO 2x/dia, indefinidamente.	Eritromicina Clindamicina e Macrolídeos (casos de alergia).	É recomendada vacina Pneumocócica para HIV + assintomático.
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Primária	Penicilina G. benzatina 2,4 mU IM dose única	Penicilina G. potássica 10- 12mU/dia IV, por 14 a 21 dias; ou Tetraciclina VO 500mg 4x/dia, por 15 a 30 dias.	Apresentação clínica, sorologia e resposta ao tratamento podem ser atípicas, indicando altas doses e maior período de tratamento. Repetir VDRL com 3,6,12 e 24 meses. Retratar se (1) sinais clínicos persistem ou recorrem, ou ainda se (3) VDRL, ou ainda se (3) título inicial alto que não cai < 1/8 em 1 ano.
	Secundária e latente	Penicilina G. benzatina 2,4mU MI 1x semana 3 doses(7,2mU total)		

INFECÇÕES BACTERIANAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	Tardia	Penicilina G. benzatina 2,4mU MI 1x semana 3 doses(7,2mU total)		Alérgicos a penicilina devem ser tratados com Estearato de Eritromicina. Exame de líquido em todos os pacientes HIV +, incluindo VDRL.
	Neurossífilis	Penicilina G. cristalina 12- 24um/dia IV por 10 dias seguida de Penicilina G. benzatina 2,4mU IM 1x/semana 3 doses	Ou Ceftriaxona 1g IM/IV 1x/dia por 10 dias ou Cloranfenicol 500g VO 4x/dia, por 10 dias.	

Vaginose bacteriana		Metronidazol 500mg VO 3x/dia por 7 a 10 dias, + tratamento tópico com Metronidazol.	Tianfenicol 2,5g VO dose única	Metronidazol não deve ser usado no 1º trimestre de gravidez: Tinidazol 2g VO dose única, após 12ª semana.
---------------------	--	---	--------------------------------	---

INFECÇÕES FÚNGICAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Paracoccidioidomicose	Ganglionar Pulmonar Intestinal Disseminada	Anfotericina B. 0,5-1mg/kg/dia, por 6-8 semanas; ou Cetoconazol 400-600mg 1x/dia VO, por pelo menos por 12 meses	SMX + TMP (1600+320 mg)/ dia, indefinidamente	Recidivas são frequentes, necessitando prolongar a terapia. Casos graves devem ser tratados com Anfotericina B.
Candidíase	Oral	Uso tópico Nistatina solução ou tabletes 500.000-1.000.000 UI 3-5x/dia, por 14 dias.	1)Cetoconazol 50-100mg VO 1x/dia 2)Fluconazol 50-100mg VO 1x/dia	Recidivas são comuns, devendo ser feita manutenção 1x/sem. Hepatotoxicidade pode ser observada pelos imidazólicos.
	Esofagiana	Cetoconazol 200-400mg VO 1x a 2x/dia até melhora total (usualmente em 10-14 dias)	1)Fluconazol 50-100mg VO 2)Anfotericina B. 0,3mg/kg IV dose única 3x/semana.	
	Vaginal	Tópico: Isoconazol, nitrato creme vaginal, por 7 dias, ou óvulo em dose única	Tioconazol pomada ou óvulo em dose única	Dose única semanal com Fluconazol pode ser indicada em profilaxia secundária. Os imidazólicos não estão indicados para candidíase vaginal de pacientes gestantes.

INFECÇÕES FÚNGICAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Aspergilose	Sinusite e/ou pneumonia	Anfotericina B. 0,5 – 1,0mg/kg IV 1x/dia, até evidência de resposta adequada.	Itraconazol 200mg 2x/dia VO (em investigação)	Profilaxia é necessária. Sugere-se Anfotericina B. 1mg/kg/dose IV 1 a 3x/semana. Dose máxima, usualmente tolerada, é de 50mg/dia.

Histoplasmose	Pulmonar Cutânea Disseminada	Anfotericina B. 0,5-1,0mg/kg 1x/dia, até dose total de 10-15mg/kg. Manutenção: Anfotericina B. 50/mgdose IV 1x/semana	Itraconazol 200mg VO 2x/dia	A maioria dos pacientes com dose total de 500mg de Anfotericina B. apresenta 10% de falha e a recaída pode ser observada em 35-80%. O Itraconazol deve ser utilizado em casos de gravidade leve ou moderada, sem envolvimento do SNC.
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Meningite Pumonar Urinária Disseminada	Anfotericina B. 0,5-0,8mg/kg/dia IV, até negatificação das culturas ou até dose total de 2,5g ou Anfotericina B.+ fluocitosina 100mg/kg/dia 4x/dia.	Fluconazol 400mg VO 1x/dia, por 6 a 10 semanas. Manutenção : 200mg VO 1x/dia, indefinidamente	Falhas e recaídas acontecem em torno de 50%, para ambos os tratamentos com Anfotericina B. ou Fluconazol. Fluocitizina tem benefícios, mas
		Por 45 dias. Manutenção: Anfotericina B. 1mg/kg 1x/sem IV, independentemente.		Aumenta a toxicidade hematológica principalmente quando associada ao AZT. Cultura de sangue e/ou líquido e antígenos de criptococos são exames utilizados para controle do tratamento.

INFECÇÕES PARASITÁRIAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Cryptosporidium	Diarréia	Espiramicina (pouca eficácia) 3g/dia VO ou 50mg/kg/dia 4x/dia, por 15-20 dias.	Paromomicina 500-750mg VO 2-3x/dia, por 10 dias (não registrado no Brasil). Manutenção: 500mg VO, 2x/dia, indefinidamente.	Nenhum antimicrobiano mostra-se eficaz.
<i>S. mansoni</i>		Oxaminiquina 15mg/kg VO dose única.	Praziquatel 40-50mg/kg/dia em duas doses VO, por um dia.	Contra-indicação da oxaminiquina - epilepsia vertigens, cefaléia, vômitos, diarréia, alucinação, convulsões.

Estrongiloidíase	Diarréia Dor abdominal	Tiabendazol 25-50mg/kg/dia VO 3x/dia, por 3 dias; seguido de 500mg VO, até 30 dias.	Cambendazol 5mg/kg/dia VO dose única, ou Albendazol 400mg VO 1x/dia, por 3 dias.	Desconforto digestivo transitório e cefaléia.
------------------	---------------------------	---	--	---

INFECÇÕES PARASITÁRIAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
<i>Ascariíase</i>	Diarréia Dor abdominal	Mebendazol 100mg VO 2x/dia, por 3 dias.	Albendazol 400mg VO dose única	Dores abdominais, náuseas, vômitos, sensações vertiginosas e cefaléia.
Ancilostomíase	Dor abdominal	Mebendazol 100mg VO 2x/dia, por 3 dias.	Albendazol 400mg VO dose única	Desconforto digestivo, sensações vertiginosas, cefaléia e insônia.
Chagas (<i>Trypanosoma cruzi</i>)	Agudo Hepatoesplênica Cardíaca	Nifurtimox 8-12mg/kg/dia, por 60 dias (droga com produção interrompida no Brasil); ou Benznidazol 5-8mg/kg/dia VO, por 60-80 dias.		Anorexia, emagrecimento, parestesia, hiperexcitabilidade, polineuropatia periférica e depressão medular. Outras drogas: Alopurinol, Itraconazol, Fluconazol, Metronidazol ou Anfotericina B. em estudo.
Leishmaniose Visceral e Cutânea Difusa	Forma cutânea	Antimoniato de Meglumina 10-20mg/Sbv/kg/dia, por	Pentamidina : dose 4mg/kg/dia IM , a cada 2 dias: ou	Antimoniato de Meglumina é apresentado em frascos de 5ml que

Cutâneo Mucosa e Leishmaniose Cutânea Difusa	Forma Cutâneo Mucosa	20 dias. Se não houver cicatrização, repetir o esquema. Em ausência de resposta, utilizar Anfotericina B ou Pentamidina. Antimoniato de Meglubina 20mg/Sbv/kg/dia, por 30 dias ou até cura clínica.	Anfotericina B 0.5mg/kg/dia. Dose máxima de 50mg/dia.	Contém 1,5g do antimonial bruto, correspondente a 425mg do antimônio puro (Sbv). 1 ampola = 5ml – 425mg de Sbv e cada ml contém 85mg de Sbv. Contra-indicações: cardiopatia, nefropatias, hepatopatias, doença de Chagas e tuberculose pulmonar.
	Forma Cutâneo Difusa	Antimoniato de Meglubina 15mg/Sbv/kg/dia, por 20 dias ou até cura clínica.		

INFECÇÕES PARASITÁRIAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Pneumocystis carinii	Profilaxia primária e secundária	SMX+TPM(800+160mg) ou 5mg/kg/dia(TMP) VO 1x/dia.	Dapsona 100mg 1x/dia; ou pentamidina 300mg em 6ml de água estéril 1x/mês, em inalação.	Doença de lobo superior e disseminação extrapulmonar de PCP, mais freqüente com o uso de pentamidina inalatória. Antes de iniciar Pentamidina aerosol investigar tuberculose pulmonar com RX de tórax e pesquisa de BK no escarro.
	Tratamento agudo da Pneumocistose	SMX+TMP(800+160mg) ou 15-20mg/kg/dia (TMP) VO/IV 4x/dia, por 21 dias.	Dapsona 100mg VO 1x/dia+Trimetoprima 20mg/kg/dia VO 4x/dia, por 21 dias; ou Clindamicina 600mg VO/IV 4x/dia+Primaquina 15mg 1x/dia VO, por 21 dias.	
	Tratamento de pacientes grave com PO2<70mmHg	Prednisona 40mg VO 2x/dia por 5 dias; 40mg VO 1x/dia por 5 dias; e 20mg VO 1x/dia, até o final do tratamento. SMX/TMP 20mg/kg/dia (TMP) IV 4x/dia, por 21 dias.	Pentamidina 4mg/kg/dia IV, por 21 dias.	

INFECÇÕES PARASITÁRIAS

AGENTE/DOENÇA	TRATAMENTO
---------------	------------

	CIRCUNSTÂNCIA	PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
Toxoplasmose gondii	<p>Profilaxia secundária</p> <p>Tratamento Toxoplasmose SNC</p>	<p>Pirimetamina 25mg VO 1mgx/kg/dia + Sulfadiazina 50mg/kg/dia (dose máxima de 2g) VO 4x/dia + Ácido folínico 15mg VO 1mgx/dia</p> <p>Pirimetamina 25-50mg VO 1x/dia, por 30 a 40 dias.</p>	<p>Somente Pirimetamina 25mg VO ou Clindamicina 40mg/kg VO 4x/dia</p> <p>Clindamicina 40-80mg/kg (300 a 450 mg) VO ou 600mg IV 4x/dia + Pirimetamina 25-50mg VO 1x/dia+Ácido folínico 15mg 1mgx/dia, por 30 a 40 dias.</p>	<p>Pirimetamina tem potencial teratogênico 1x/dia.</p> <p>HIV/AIDS requer tratamento supressivo crônico.</p>

INFECCÕES PARASITÁRIAS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
E. histolytica	Diarréia	Metronidazol 500mg VO 3x/dia, por 10 dias.	Tinidazol 2g VO 1x/dia, por 3 dias.	
Giardia lamblia	Diarréia	Metronidazol 250mg VO 3x/dia, por 7 dias.	Tinidazol 2g VO dose única	

Isospora belli	<p>Diarréia</p> <p>Manutenção</p>	<p>SMX+TMP (800+160mg) 4x/dia VO por 10 dias. Após, 2x/dia, por 3 semanas.</p> <p>SMX+TMP(800+160mg) VO 1x/dia 3x/semana.</p>	<p>Pirimetamina 75mg VO 1x/dia, por 14 dias +Ácido folínico 15mg VO 1x/dia, por 14 dias.</p> <p>Pirimetamina 25mg VO 1x/dia + Ácido folínico 15mg VO 1x/dia</p>	Requer tratamento supressivo crônico.
----------------	-----------------------------------	---	---	---------------------------------------

INFECCÕES VIRAIS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
Citomegalovírus (CMV)	Retinite, colite, esfagite, hepatite, pneumonia	Ganciclovir 5mg/kg/dose IV (infusão>1 hora) 2x/dia, por 14 a 21 dias.		

	Manutenção Intolerância ou resistência ao ganciclovir	Ganciclovir 6mg/kg/dose IV 1x/dia 5x/semana, indefinidamente. Foscarnete 60mg/kg IV 3x/dia (infusão >2horas), por 14 a 21 dias. Manutenção: 90mg/kg IV 1x/dia, indefinidamente.		O ganciclovir deve ser diluído em 100ml de SG 5% ou SF 0,9%. Nefrotoxicidade, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia, hipocalemia. O foscarnet já vem diluído, para infusão em veia profunda. Para infusão em veia periférica, diluir em 1:1 em SF 0,9% ou SG 5%.
<i>Leucopasia pilosa</i>		Freqüentemente	Aciclovir 10	Recidiva com suspensão
<i>Oral (EBV)</i>		Assintomática, e sem indicação terapêutica.	Mg/kg VO 3x/dia, por 7 dias. Trópico : ácido retinóico 0,05% 1x/dia gel creme	Do tratamento.

INFECÇÕES VIRAIS

AGENTE/DOENÇA	CIRCUNSTÂNCIA	TRATAMENTO		COMENTÁRIO/EFEITOS ADVERSOS
		PRIMÁRIO	ALTERNATIVO	
<i>Herpes simples (HSV)</i>	Ulcerativo	Aciclovir 5-10mg/kg IV (infusão >1h) 3x/dia, por 7-14 dias; ou 200-400mg VO 5x/dia por 10 dias.	Foscarnet 30-40mg/kg IV (infusão >2h) 3x/dia, por 21 dias.	
<i>Varicela zoster</i>	Varicela ou Herpes zoster grave (trigêmio ou disseminado) Não grave	Aciclovir 10mg/kg IV (infusão >1h) 3x/dia, por 7 a 14 dias. Aciclovir 800mg VO 5x/dia, por 7 dias.	Foscarnet 40mg/kg IV 3x/dia, por 21 dias.	

TUMORES

AGENTES/DOENÇA	DROGAS/REGIMES	COMENTÁRIOS/EFEITOS ADVERSOS
----------------	----------------	------------------------------

<p>Sarcoma de Kaposi (pele, mucosa, ganglionar, pulmonar, disseminado)</p> <p>Doença sintomática, rapidamente progressiva ou avançada.</p>	<p>Local (paliativo):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Radioterapia: dose única 800cGY ou fracionaria -Cirurgia a laser, ou convencional. -Quimioterapia intra-lesional com Vimblastina 0,01mg em 0,1ml de água estéril (seringa tuberculina) -Crioterapia com nitrogênio líquido <p>Vincristina 2mg/semana EV</p> <p>Vimblastina 0,05-0,1mg/kg/semana IV (controlar leucimetria)</p> <p>Etoposide 50-100mg/m² IV, por 3 dias, cada 3-4 semanas; ou 50mg VO 1x/dia, por 14 a 21 dias, dependendo da contagem de neutrófilos.</p> <p>Doxorubicina 20mg/m² IV de 15/15 dias.</p>	<p>Tratamento paliativo.</p> <p>Efetivo em lesão oral ou lesões pequenas isoladas. Propósito cosmético. Repetir tratamento pode ser necessário. Área hiperpigmentada mantém-se após tratamento.</p> <p>Para lesões pequenas e isoladas.</p> <p>Resposta: 20-60%. Toxicidade: neuromuscular, com hipoestesia, parestesias e dificuldade na marcha.</p> <p>Resposta: 25-30%. Toxicidade: mielossupressão, especialmente leucopenia.</p> <p>Resposta: 30-60%. Toxicidade: leucopenia, trombocitopenia, alterações gastrointestinais, alopecia, hipotensão.</p> <p>Resposta: 53%. Toxicidade: mielossupressão e miocárdica.</p>
	<p>Bleomicina 10-15 UI/m² IV, IM ou SC, cada 14 dias (associadas a Vincristina se há mielossupressão).</p> <p>Combinação Vincristina + Vimblastina alterando semanalmente Vimblastina 0,1mg/kg/semana IV</p> <p>Combinação Vincristina 2mg + bleomicina 10U/m² IV cada 14 dias</p> <p>Combinação doxorubicina 10-20mg/m² + Bleomicina 10U/m² + Vincristina 1,5-2,0mg IV cada 14 dias</p> <p>Interferon – 18mU/dia SC + Zidovudina 600mg/d 3x/dia</p> <p>Daunorrubicina lipossomal 40-60mg/m² IV cada 2 semanas.</p>	<p>Toxicidade: reações anafilactóides em 1%.</p> <p>Resposta 45%.</p> <p>Boa resposta em S de Kaposi pulmonar. Não é mielossupressiva.</p> <p>Melhor combinação. Resposta 87%. Usado em doença sintomática avançada.</p> <p>Resposta pobre se CD4 < 100mm³. Toxicidade do interferon > 90% tem fadiga, febre, mialgia, cefaléia, distúrbios gastro-intestinais.</p> <p>Anemia associada a AZT.</p>

TUMORES

AGENTE/DOENÇA	DROGAS/REGIME	COMENTÁRIOS/EFEITOS ADVERSOS
Linfomas	<p>Esquemas Propostos:</p> <p>Dia 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ciclosfosfamida 300mg/M2 IV -Doxorubicina 25/Mg/M2 IV -Vincristina 1,4mg/M2 (Dose Máxima De 2mg)IV -Bleomicina 4mg/M2 IV -Dexametasona 3mg/M2 VO <p>(Dias De 1 A 5)</p> <p>Dia 15</p> <ul style="list-style-type: none"> -Metotresato 500mg/m2 -Ácido folínico 25mg VO 4x/dia <p>SCN: Citarabina 50mg intratecal nos dias 1, 8, 21 e 28 dias de intervalo. Associar AZT.</p> <p>Outro regime é o “CHOP” (Ciclosfosfamida + doxorubicina + Vincristina + Prednisona).</p> <p>Associa-se o GM-CSF ou G-CSF</p>	<p>Remissão completa pode ocorrer em 50%.</p> <p>Média de sobrevida de 6,5 meses.</p>

MISCELÂNEA

ÚLCERA AFTÓIDES (ou de origem inespecífica)	1) Talidomida 100mg VO 2x/dia por 30 dias – considerar 100mg/dia, por mais 15 dias. 2) Prednisona 40mg/dia VO, por 15 dias (ou até desaparecimento da lesão).
PTI – Púrpura Trombocitopênica Idiopática	1) AZT 600-1200mg/dia 2) Prednisona 60-100mg/dia. 3) Pacientes graves: Imunoglobulina, esplenectomia, plasmaferese.
NEUTROPENIA	1) Filgrastim (G-CSF) 1 a 10mg/kg/dia SC. Obs: - Causas mais frequentes: AZT, ganciclovir, antineoplásticos ou o próprio HIV. - Baixa dose (1mg/kg/dia) de G-CSF é frequentemente adequada; a dose usual é de 5-10mg/kg/dia SC 2x/sem. - A eficácia do G-CSF é apresentada no aumento de neutrófilos; entretanto, pacientes infectados pelo HIV toleram bem a neutropenia. Não se recomenda o uso desta droga nos pacientes neutropênicos relacionados unicamente ao HIV. - Suspender o AZT: substituir pelo ddl, d4T ou 3TC.

IV- Redução de Transmissão Vertical

Recomenda-se que:

1. Seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente de referirem ou não situação de risco para a infecção pelo HIV.
2. Seja oferecido AZT a toda gestante HIV assintomática, independentemente do nível de CD4 e carga viral, a partir da 14ª semana de gestação até o final do parto, com reavaliação do tratamento no pós-parto.
3. Para gestantes infectadas pelo HIV com CD4 < 500mm³, carga viral elevada e/ou sintomáticas, poderão receber terapêutica anti-retroviral combinada, a critério médico, após discussão dos riscos com a paciente, de acordo com o “Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV – 1997”, da Coordenação Nacional de DST e AIDS. Até o momento, não existem dados na literatura que garantam a eficácia na redução da transmissão vertical e/ou segurança para o feto com a utilização de outro anti-retroviral que não o AZT.
4. Seja oferecido AZT intravenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto ou quatro horas antes da cesariana eletiva, até o término do parto.
5. Seja oferecido AZT (solução oral) ao recém-nato até a 6ª semana de vida.
6. Criança nascida de mãe contaminada pelo HIV não receba alimento materno. Por conseguinte, deve ser fornecido leite artificial, com fórmulas apropriadas, até o segundo ano de vida.

Esquemas posológicos:

1. Gestante:

AZT oral (comprimidos de 100mg).

Iniciar a partir da 14ª semana, e continuaram até o parto.

Dose diária=500mg

2. Parturiente:

AZT injetável IV (frasco-ampola de 100mg).

Iniciar com 2mg/kg na primeira hora, seguindo-se de infusão contínua com 1mg/kg/hora, até o final do parto.

3. Criança:

AZT solução oral (frasco de 2.000mg/200 ml).

Iniciar até 12 horas após o nascimento, na dose de 2mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas.

V- Consenso sobre Terapia Anti-retroviral para Crianças (menores de 13 anos de idade)

Infectadas pelo HIV – 1997

CLASSIFICAÇÃO PARA AIDS PEDIÁTRICA- *Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1994*

Alteração imunológica	N = Ausência de sinais	A = Sinais leves	B = Moderados	C = severos
Ausente (1)	N 1	A 1	B 1	C 1
Moderada (2)	N 2	A 2	B 2	C 2
Severa (3)	N 3	A 3	B 3	C 3

CATEGORIA IMUNOLÓGICA

Alteração imunológica	Idade Contagem de CD4 (citometria de fluxo)		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente (1)	> 1500 cels/mm ³ (≥25%)	≥1000 cels/mm ³ (≥25%)	≥500 cels/mm ³ (≥25%)
Moderada (2)	750 - 1499 cels/mm ³ (15-24%)	500-999 cels/mm ³ (15-24%)	200-499 cels/mm ³ (15-24%)
Severa (3)	<750 cels/mm ³ (<15%)	<500 cels/mm ³ (<15%)	<200cels/mm ³ (<15%)

CATEGORIA CLÍNICA

Categoria N – Assintomáticas

Ausência de sinais ou sintomas, ou com apenas uma das condições da categoria.

Categoria A- Sintomas leves

Presença de 2 ou mais condições abaixo, porém sem nenhuma das condições da categoria B e C: Linfadenopatia (<0,5 cm em mais de 2 cadeias diferentes); hepatomegalia; esplenomegalia; parotidite; e infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média ou sinusite).

Categoria B- Sintomas moderados: anemias (Hb < 8g/dl), neutropenia (< 1.000/mm³) ou trombocitopenia (<100.000/mm³) por mais de 30 dias; meningite bacteriana, pneumonia ou septicemia; candidíase oral persistindo por mais de 2 meses; cardiomiopatia; CMV a partir de 1 mês de vida; diarreia decorrente ou crônica; hepatite, estomatite HSV (2 episódios/ano); pneumonite ou esofagite por HSV, com início a partir de 1 mês de vida; herpes zoster – 2 episódios ou acontecimentos de mais de um dermatomo; LIP (pneumonia intersticial linfocítica); neufropatia; norcadiose; febre persistente (>1 mês); toxoplasmose a partir de 1 mês de vida; e varicela disseminada ou complicada.

Categoria C – Sintomas severos. Crianças com quaisquer das condições listadas abaixo, com exceção de LIP, infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes (confirmadas por cultura, 2 episódios em intervalo de 1 ano): septicemia, pneumonia, meningite, ninfecções ósteo-articulares, abscessos de órgãos internos; candidíase esofágica ou pulmonar; coccidioidomicose disseminada; criptococose pulmonar; criptosporidíase, ou isosporíase, com diarreia (> 1 mês); CMV em locais além do fígado baço ou linfonodos, a partir de 1 mês de vida; encefalopatia pelo HIV (achados que persistem por mais de 2 meses) déficit do desenvolvimento neuropsicomotor evidência de déficit de crescimento cerebral ou microcefalia adquirida evidenciada por medidas de perímetro específico ou atrofia cortical mantida em tomografia computadorizada ou ressonância magnética sucessiva de crânio c) déficit motor simétrico com 2 ou mais dos seguintes achados: paresias, reflexos patológicos ataxia e outros; infecção por HSV, úlceras mucocutâneas com duração maior de 1 mês ou pneumonia ou esofagite (crianças >1 mês de vida); histoplasmose disseminada; *mycobacterium tuberculosis* disseminada ou extrapulmonar; *mycobacterium* outras espécies disseminadas; *mycobacterium avium* ou *M. kansasii* disseminados; pneumonia por *Pneumocystis carini*; salmonelose disseminada recorrente; toxoplasmose cerebral; *wasting syndrome*: a)perda de peso > 10% do peso anterior, ou b)queda de dois ou mais percentuais na tabela de peso para a idade, ou c)peso abaixo do percentual 5, em duas medidas sucessivas, e d)diarreia crônica (duração maior de 30 dias) ou e)febre por 30 dias ou mais, documentada; leucoencefalopatia multifocal progressiva; sarcoma de Kaposi; e informa primário do cérebro e outros linformas.

QUANDO INICIAR O TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL

Os parâmetros para indicação da iniciação da terapia anti-retroviral baseia-se na classificação de aids pediátrica, estando sempre indicada a terapia com duas drogas. Nas categorias N1, N2, e A1, são recomendados acompanhamento clínico-laboratorial regular, sem tratamento. Nas categorias A2, e B1, a introdução da terapia dependerá da apresentação e evolução clínica e imunológica. Portanto, recomenda-se o acompanhamento clínico-laboratorial a intervalos menores. Nas categorias N3, A3, B2, B3, C1, C2 e C3, está indicado o início imediato da terapia.

Indicações para início de terapia anti-retroviral em crianças HIV-infectadas, de acordo com a classificação do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, 1994.

Categoria clínica	Alteração imunológica	Classificação CDC 1994	Indicação
-------------------	-----------------------	------------------------	-----------

Ausência de sintomas	Ausente ou moderada	N1 e N2	Não tratar, observar
	Severa	N3	Tratar
Sintomas leves	Ausente	A1	Não tratar, observar
	Moderada	A2	Considerar tratamento
	Severa	A3	Tratar
Sintomas moderados	Ausente	B1	Considerar tratamento
	Moderada ou severa	B2 e B3	Tratar
Sintomas severos	Independentemente da alteração imunológica	C1, C2 e C3	Tratar

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS RECOMENDADOS

Pacientes virgem de tratamento

1º escolha: AZT + ddl

Alternativa: AZT + 3TC

Pacientes em monoterapia

1.Monoterapia com AZT:

a)<6 meses de uso e/ou clinicamente estável: acrescentar ddl

b)>6 meses de uso e/ou com deterioração clínica: acrescentar 3TC

2.Monoterapia com ddl:

Acrescentar AZT ou d4T

Associação não aceitável

-AZT + d4T

-3TC + IP em dupla terapia

-Associações de 2 inibidores de protease

MUDANÇA NA TERAPIA ANTI-RETROVIRAL

A mudança está indicada nas situações de intolerância, toxicidade e falência terapêutica (Tabela2).

Antes de indicar mudança terapêutica baseada em sinais de intolerância, considerar que os sintomas mais frequentes, como náuseas, vômitos, dor abdominal e cefaléia, são leves e geralmente desaparecem após as primeiras semanas de uso.

A adequação da terapia anti-retroviral deverá ser avaliada após 12 semanas de uso.

São critérios de falha terapêutica:

Deterioração clínica;

Atraso de desenvolvimento neuro-psico-motor;

Atraso de desenvolvimento pondero-estatural;

Redução >20% dos níveis de CD4, demonstrada em duas determinações seriadas; e

Manutenção ou elevação dos níveis de carga viral¹

Condutas nas situações de Toxicidade/intolerância ou falha terapêutica

Tratamento prévio	Situação	Mudança proposta
1.AZT + ddl ou AZT + 3TC 2.AZT + ddl	1.AZT 2.ddl	1.substituir AZT por d4T 2.substituir ddl por 3TC
1.AZT + ddl 2.AZT + 3TC 3.d4T + 3TC	Falha terapêutica	1.AZT + 3TC 2.d4T + 3TC + inibidor de protease 2 3.acrescentar inibidor de protease

1.A mensuração da carga viral deverá ser realizada antes e 12 semanas após o início da terapia anti-retroviral, utilizando-se sempre a mesma técnica e, preferencialmente, no mesmo laboratório. Não deverá ser feita no intervalo de pelo menos 4 semanas após um episódio de infecção ou vacinação.

2.Inibidores de protease liberados pelo FDA para uso em crianças, até o presente momento, são: ritonavir e nelfinavir.

Posologia, apresentação, efeitos adversos e farmacologia dos medicamentos anti-retrovirais

Nome Genérico	Dosagem	Apresentação	Efeitos Adversos	Farmacologia
Zidovudina (AZT)	Crianças: 90-180 mg/m ² 8/8h (dose máxima: 600mg/dia)neo nato: 2mg/kg 6/6h	Sol. Oral: 10mg/ml capsulas 100mg ampola: 10mg/ml	Freqüentes: anemia, intolerância GI, neutropenia. Pouco freqüentes: miopatia,miocardiopatia, hepatite, acidose láctica, insuficiência hepática fulminante.	Absorção: 90% Metabolização: glucoranização hepática. Excreção: urinária. Boa penetração SNC Integrações: mielotoxicidade potenciada por ganciclovir.

Didanosina (ddl)	90-120mg/m ² : 12/12h, dose usual (SC)	Comprimidos 25 e 100mg pó p/ suspensão: 10mg/ml	Frequentes: pancreatite (3%), neuropatia periférica, diarreia. Ramos: Toxicidade.	Absorção: 30-40%, inibida pela alimentação (comentário: tomar 1h antes, ou 2h após as refeições)
	1,1 a 1,4 m ² : 100mg 12/12h 0,8 a 1,0 m ² : 75mg 12/12h. 0,5 a 0,7 m ² : 50mg 12/12h. <0,5 m ² : 25mg 12/12h		Hepática, despigmentação retiniana.	Excreção: 20-50% urina. ↑ absorção de drogas que necessitam de acidez gástrica: cetoconazol, itraconazol, dapsona, tetraciclina.
Lamivudina (3TC)	4mg/kg 12/12h dose máxima: 40mg 12/12h.	Solução: 10mg/ml comprimidos 150mg	Frequentes: pancreatite, neuropatia periférica Raras: potencialização da anemia pelo AZT.	Absorção: 65% Excreção renal Interação: ↑ risco de pancreatite com ddC, d4T, INH, fenitoína. ↑ risco neuropatia: ddC, d4T, ddl.
Estavudina (d4T)	1mg/kg 12/12h dose máxima: 40mg 12/12h.	Solução: 1mg/ml cápsulas: 20, 30, 40mg	Frequentes: neuropatia periférica Raro: toxicidade hepática.	Absorção: 75% Excreção urinária ↑ risco neuropatia: ddC, 3TC, ddl. Não usar em associação com AZT
Ritonavir	350mg/m ² 12/12h máxima: 600mg 12/12h (iniciar com 200mg/m ² e ↑50mg/m ² de 3/3 dias)	Sol. Oral: 80mg/ml cápsulas: 100mg	Frequentes: gosto ruim, diarreia, intolerância GI, parestesias perioral e periférica, ↑transaminases. Raros: reações alérgicas e sangramentos em hemofílicos.	Absorção: ↑ com alimentos Metabolismo: hepático Interações: Astemizol, Terfenadina, Cisaprida, Amiodarona, Quinidina (↑ conc. Com risco de arritmia cardíaca) Alprazolam, Diazepam, Flurazepam, Midazona, Clorazepam, Estazolam, Zolpidem, Clorazepato e Clozapina (↑ concentração com risco de depressão do SNC). Rifampicina (↓ concentração plasmática do Ritonavir). Rifabutina (↓ concentração plasmática do Ritonavir e o Ritonavir ↑ concentração da Rifabutina). Teofilina (↓ níveis séricos de Teofilina)
Neufinavir	20-30mg/kg 8/8h máxima: 750mg 8/8h.	Pó p/ suspensão: 200mg/5ml.	Frequentes: diarreia, náuseas, vômitos e astenia. Raros: ↑transaminases, ↑CPK, cefaléia, dor abdominal e exantema.	Absorção: ↑ com alimentos não ácidos. Metabolismo: hepático Menor inibição do citocromo p ₄₅₀ , em comparação ao ritonavir.

VI. Drogas para Tratamento e Profilaxia das Infecções Associadas à AIDS em crianças (menores de 13 anos de idade)

- INFECÇÕES BACTERIANAS

1.1- INFECÇÕES PRÓPRIAS DA INFÂNCIA

A-OTITES, SINUSITES

Amoxicilina 40mg/kg/dia VO 8/8h, por 14-21 dias.

Amoxicilina + clavulonato de potássio 40mg/kg/dia VO 8/8h, por 14-21 dias.

Cefuroxima 30mg/kg/dia VO 12/12h, por 14-21 dias.

B-PNEUMONIAS

Penicilina G cristalina 100.000UI/kg/dia IV 6/6h, por 14 dias.

Penicilina G procaina 50.000UI/kg/dia IM 12/12h, por 10 dias.

Amoxicilina 40mg/kg/dia VO 8/8h, por 14 dias.

Oxacilina 150mg/kg/dia IV 6/6h, por 14 dias.

Cloranfenicol 75-100mg/kg/dia VO, 6/6h, por 14 dias

Eritromicina (estearato) 50mg/kg/dia VO. IV 6/6h, por 14 dias.

Amicacina 15mg/kg/dia IM, IV 12/12h, por 14 dias.

Cefalexina 50mg/kg/dia VO 6/6h, por 14 dias.

1.2-INFECÇÕES BACTERIANAS GRAVES

A-MENINGITES

0-3 meses – 4 anos: Ampicilina + Amicacina ou Cefotaxima ou Ceftriaxona.

3 meses – 4 anos: Ampicilina + Clorafenicol ou Cefotaxima ou Ceftriaxona.

Maior de 4 anos: Ampicilina ou Ceftriaxona.

Ampicilina-300mg/kg/dia, IV 6/6h, por 14 dias.

Clorafenicol -100mg/kg/dia IV, VO, 6/6h, por 21 dias.

Cefotaxima –100-200mg/kg/dia IV 6/6h ou 8/8h, por 14 dias.

Amicacina –15mg/kg/dia IV, IM 12/12h, por 14 dias.

Ceftriaxona –50 a 100mg/kg/dia IV, IM 12/12h ou 24/24h, por 14 dias.

B- SEPTICEMIAS

Escolher uma ou mais das drogas listadas de acordo com o quadro clínico.

Ampicilina-200-300mg/kg/dia, VO, IV 6/6h, por 21 dias.

Clorafenicol –75-100mg/kg/dia IV, VO, 6/6h, por 21 dias.

Ceftriaxona –90 -150mg/kg/dia IV, IM 12/12h ou 8/8h, por 21 dias.

Cefotazidima -90 -150mg/kg/dia IV, IM 8/8h ou 12/12h, por 21 dias.

Vancomicina –20-40mg/kg/dia IV 6/6h, por 28 dias.

Amicacina –15mg/kg/dia IV, IM 12/12h, por 21 dias.

Oxacilina –150-200mg/kg/dia IV 6/6h, por 28 dias.

1.3-CAMPILOBACTERIOSE (*Campylobacter jejuni*)- intestinal

Tratamento primário: Eritromicina 30-50mg/kg/dia 6/6h VO, por 30 dias.

Tratamento alternativo: Amicacina 15mg/kg/dia 12/12h IM, ou IV.

1.4–TUBERCULOSE (*Mycobacterium tuberculosis*) –Tuberculose ativa

Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida (Esquema I)

Tratamento primário: isoniazida(INH)- 10/mg/kg/dia VO 1x/dia (dose máxima: 300mg/dia);

Rifampicina (RMP) 10mg/kg/dia VO 1x/dia (dose máxima: 600mg/dia);

Pirazinamida (PZA) 35mg/kg/dia VO 1x/dia (dose máxima:2g/dia)

RMP+ INH+ PZA, por 2 meses.

RMP+ INH, por 7 meses.

Tratamento alternativo: Esquema proposto para retratamento, recidivo ou doenças ativa após abandono:

RMP+ INH +PZA +BEM (25mg/kg/dia VO 1x/dia), por 2 meses)

RMP+ INH, por 7 meses

1.5- MAI (*Mycobacterium avium-intracelular*)- culturas positivas em sangue, medula óssea, outros fluídos e tecidos.

Tratamento: claritromicina + etambutol ou azitromicina + etambutol

-Claritromicina 15mg/kg/dia 12/12h VO

-Azitromicina 20mg/kg/dia 12/12h VO

-Etambutol –15-20mg/kg/dia 1x/dia

INFECÇÕES FÚNGICAS

2.1- ASPERGILOSE –Pneumonia

Tratamento primário: Anfotericina B –05,-1,0mg/kg/dia EV 1x/dia, por 30 dias ou até evidência de resposta adequada.

Tratamento alternativo: Intraconazol 3-6mg/kg/dia 12/12h VO.

Comentários: Intraconazol pode ser usado com profilaxia secundária.

2.2- CANDIDÍASE (*candida albicans*)

oral:

Tratamento primário: Nistatina solução 500.000 a 1.000.000 UVO 3-5x/dia, por 5-7 dias.

Tratamento alternativo: Na ausência de melhora, acrescentar cetoconazol 4 –7mg/kg/dia VO 1x/dia, por 10-14 dias.

Comentários: Recidivas são comuns. Manter higiene bucal sem antifúngico.

esofagiana:

Tratamento primário: cetoconazol 4 –7mg/kg/dia VO 1x/dia, por 10-28 dias.

Tratamento alternativo: Anfotericina B –05mg/kg/dia IV, por 7 dias.

C –perineal:

Tratamento primário: Uso tópico de nistatina, miconazol ou clotrimazol creme 4x/dia, por 7-10 dias.

Tratamento alternativo: se não responder a terapêutica tópica usar cetoconazol 4-7mg/kg/dia 1x/dia VO, por 7 dias.

D –sistêmica:

Tratamento primário: Anfotericina B 0,5-1,0mg/kg/dia 1x/dia IV, por 6-8 semanas.

–CRIPTOCOCOSE (*Cryptococcus neoformans*) – Cerebral, pulmonar, ganglionar, disseminada.

Tratamento primário: Anfotericina B 0,5 – 1,0mg/kg/dia 1x/dia IV, até negatificação das culturas, ou dose total de 1,0 a 1,5g.
Resposta inadequada: Anfotericina B + Fluconazol 3-6mg/kg/dia VO, IV 1x/dia ou anfotericina B+ fluocitosina 100mg/kg/dia VO 4x/dia, por 45 dias.

Tratamento alternativo: Fluconazol 3-6mg/kg/dia 1x/dia VO, por 6-10 semanas.

Manutenção: Anfotericina B 1mg/kg 1 a 3x/semana, indefinidamente, ou fluconazol 3-6mg/kg 1x/dia VO, indefinidamente.

2.4 - PARACOCCIDIOIDOMICOSE – Pulmonar, intestinal, disseminada.

Tratamento primário:

1-Anfotericina B 0,5 a 1,0mg/kg/dia 1x/dia IV, por 6-8 semanas (dose total de ataque 30-50mg/kg).

2-Itraconazol 3-4mg/kg/dia 2x/dia VO.

Manutenção: SMX+TMP 80-100mg(SMX) 1x/dia VO ou itraconazol 3-4mg/kg/dia 1x/dia VO.

3 – INFECÇÕES PARASITÁRIAS

3.1- CRIPTOSPORIDIOSE (*Cryptosporidium*) – Diarréia

Tratamento primário: Paromomocina 30mg/kg/dia 3x/dia VO, ou Espiramicina 100mg/kg/dia 2x/dia VO, por 10 dias.

Comentários: nenhum antimicrobiano mostra-se efetivo no tratamento.

3.2- ISOSPORÍASE (*Isospora belli*) – Diarréia

Tratamento primário: Sulfametoxazol (SMX) – trimetopina (TMP), ou 40mg/kg/dia (SMX) 6/6h VO, por 10 dias; e depois de 12/12h até o 28º dia.

Manutenção: TMP/SMX 8mg/kg/dia (TMP), ou 40mg/kg/dia (SMX) 2x/dia VO, 3x/semana.

Tratamento alternativo: Pirimetamina 1mg/kg/dia 1x/dia por 14 dias (dose máxima 25mg/dia) + Ácido fólico 5 – 10mg 1x/dia VO, por 14 dias.

Comentários: requer tratamento supressivo crônico. Não é necessário fazer manutenção se o paciente estiver fazendo profilaxia para *P carinii* com sulfá.

3.3- TOXOPLASMOSE (*Toxoplasma gondii*) – Sistema nervoso central.

Tratamento primário: sulfadiazina 100mg/kg/dia 6/6h VO + Pirimetamina 2mg/kg/dia 1x/dia VO + Ácido fólico 5-10mg 1x/dia VO por 4 a 6 semanas.

Manutenção: sulfadiazina 75mg/kg/dia 2x/dia VO + Pirimetamina 2mg/kg/dia VO por 3 dias e após 1mg/kg/dia VO (dose máxima 25mg/dia) + Ácido fólico 5-10mg 1x/dia VO indefinidamente.

Tratamento alternativo: Clindamicina 40mg/kg/dia 6/6h VO IV+ Pirimetamina 2mg/kg/dia 2x/dia VO por 3 dias e após 1mg/kg/dia + Ácido fólico 5-19mg 1x/dia VO pôr 30-40 dias.

Manutenção: Clindamicina 40mg/kg/dia 4x/dia VO.

3.4 - PNEUMOCISTOSE (*Pneumocystis carinii*)

Tratamento primário: Sulfametoxazol (SMX) – Trimetoprima (TMP) 20mg/kg/dia (TMP) ou 100mg/kg/dia (SMX) 4x/dia VO, IV por 21 dias.

Casos graves com hipoxemia (PO<60) acrescentar :

1.Prednisona 1-2mg/kg/dia 2x/dia VO por 5 dias, após dar a metade da dose por mais 5 dias, ou

2.Hidrocortisona 5-10mg/kg/dia 6/6h IV por 5-10 dias.

Tratamento alternativo:

1.Dapsone 1mg/kg/dia 1x/dia – VO + trimetoprima 20mg/kg/dia VO por 21 dias.

2.Pentamidina 4mg/kg/dia 1x/dia IV por 21 dias.

4 – INFECÇÕES VIRAIS E OUTRAS MANIFESTAÇÕES

4.1 – CITOMEGALOVIRUS (CMV) – Retinite, esofagite, hepatite, pneumonia

Tratamento primário: Ganciclovir 10mg/kg/dia – 2x/dia IV, por 14-21 dias.

Manutenção: Ganciclovir 6mg/kg/dia 5x/semana, ou 10mg/kg/dia 3x/semana, indefinidamente.

Tratamento alternativo: Foscanet 180mg/kg/dia IV, por 2-3 semanas.

Manutenção: Foscanet 90mg/kg/dia 1x/dia IV indefinidamente.

4.2 – HERPES SIMPLES (HSV) Ulcerativo, disseminado.

Tratamento primário: Aciclovir 30mg/kg/dia 3x/dia IV, por 7-10 dias; ou 80mg/kg/dia, VO 5x/dia por 10 dias.

Tratamento alternativo: Foscanet 180mg/kg/dia 8/8 IV, por 21 dias.

Comentários: Aciclovir pode ser reduzido em vigência de insuficiência renal.

4.3 –VARICELAS E HERPES ZOSTER GRAVE

Tratamento primário: Aciclovir 30mg/kg/dia 8/8h IV, por 7-14 dias; ou 80mg/kg/dia 5x/dia VO, por 10 dias

Tratamento alternativo: Foscanet 180mg/kg/dia 8/8h IV, por 14-28 dias.

4.4 – PNEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (LIP)

Tratamento primário: Prednisona 1-2mg/kg/dia VO, por 3-4 semanas

Manutenção: Prednisona : reduzir a dose progressiva até 0,5 a 0,75mg/kg/dia, em dias alternados, indefinidamente.

Cloroquina: 15mg/kg/dia VO 1 semana/mês.

4.5 – PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA

Tratamento: Imunoglobulina IV humana 400mg/kg IV, por 5 dias.

Manutenção: 400mg/kg IV, mensalmente. Algumas crianças podem exigir manutenção semanal ou quinzenal.

PROFILAXIA PRIMÁRIA PARA INFECÇÕES OPORTUNISTAS EM CRIANÇAS COM INFECÇÕES HIV/AIDS.			
		Regime	
Patógeno	Indicação	1º Escolha	Alternativa
<i>P. carinii</i>	Crianças 6 semanas a 12 meses ¹ Crianças 1-5 a:CD4<500 (15%) Crianças 6-12 a:CD4<200	SMX/TMP 750mg SMX/m ² /dia 2 doses, 3x semana em dias consecutivos, ou outros esquemas de administração.	Crianças >5 a : pentamidina aerosol- 300mg 1x/mês ou dapsona 1mg/kg/dia ou penta 4mg/kg IV cada 2 a 4 semanas.
<i>M. tuberculosis</i>	Contato intradomiciliar com doença ativa.	Isoniazida 10mg/kg/dia, por 9 meses.	
Varicela	Exposição, sem história de varicela.	VZIG ² 1,25mL/10kg, IM até 96h do contágio.	
Sarampo	Exposição, paciente susceptível.	IGHN ³ a 16%, 0,5mL/kg, IM até 6 dias do contato.	
<i>T. gondii</i>	IgG + p/toxo e CD4<100.	Sulfadiazina 75mg/kg/dia, 2x/dia VO + pirimetamina 1mg/kg/dia + ácido folínico 5-10mg/dia 3x/semana.	Dapsona 2mg/kg/dia + pirimetamina 1mg/kg/dia + ácido folínico 5-10mg/kg/dia 3x/semana.
Doença bacteriana invasiva	Hipogamaglobulinemia	IGIV 400mg/kg/mês	

1.Crianças verticalmente expostas devem receber profilaxia até 12 meses de idade, independentemente dos níveis de CD4, exceto aqueles nas quais a infecção pelo HIV for definitivamente afastada.

2.VZIG: Imunoglobulina hiperimune, para varicela-zoster. Está disponível nos Centros de Imunobiológicos Especiais, para onde o paciente deve ser encaminhado.

3.IGHN: Imunoglobulina humana normal.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA CONTRA RECIDIVAS DE INFECÇÕES OPORTUNISTAS PARA CRIANÇAS COM INFECÇÕES HIV/AIDS		
		Regime

Patógeno	Indicação	1ª Escolha	Alternativa
I. Por Tempo Indeterminado			
<i>P. carinii</i>	PPC prévia	SMX/TMP: 750mgSMX/m ² /dia, 2 doses, 3x/semana, dias consecutivos ou alternados.	Crianças >5 anos: pentamidina aerosol-300mg a cada 2-4 semanas; ou dapsona 2mg/kg/dia indefinidamente; ou pentamidina 4mg/kg IV a cada 2-4 semanas.
<i>T. gondii</i>	Encefalite por toxoplasma prévia	Sulfadiazina 75mg/kg/dia, 12/12h + pirimetamina 1mg/kg/dia + ácido fólico 5- 10mg/kg/dia 3x/semana.	Clidamicina 20-30mg/kg/dia, 4 doses + pirimetamina + ácido fólico.
MAC	Doença prévia	Clarithromicina: 15mg/kg/dia 12/12h + etambutol 25mg/kg/dia.	
<i>C. neoformans</i>	Doença prévia	Fluconazol: 5mg/kg/dia.	Itraconazol: 5mg/kg/dia 3x/semana. Anfotericina B: 1mg/kg IV 3x/semana.
<i>H. capsulatum</i>	Doença prévia	Itraconazol: 5mg/kg/dia, a cada 24-48h.	Anfotericina B: 1mg/kg IV 3x/semana.
<i>Citomegalovirus</i>	Doença prévia	Ganciclovir: 6mg/kg/dia, 5x/semana ou 10mg/kg/dia 3x/semana.	Foscarnet 80 a 120mg/kg/dia.

II- Somente se episódios recorrentes freqüentes e graves

Infecções bacterianas ¹	Vide nota explicativa	IGIV: 400mg/kg/mensal.	SMX/TMP diariamente
Herpes simples	Recorrente/grave	Aciclovir: 20mg/kg/dia, VO, 4 doses.	
Candidíase	Recorrente/grave	Cetoconazol: 5mg/kg/dia, ou fluconazol: 5mg/kg/dia.	

IMUNIZAÇÕES

CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÕES PARA CRIANÇAS COM INFECÇÕES HIV/AIDS

IDADE (MESES)	VACINA(DOSE)	IDADE(MESES)	VACINA(DOSE)
RN	Hep (1), BCGid	9	Sarampo
1	Hep (2)	12	Hib (3 ou 4)
2	DPT(1), Hib(1), OPV(1).	15	MMR
4	DPT(2), Hib(2), OPV(2).	18	DPT(4), OPV(4)
6	DPT(3), Hib(3), Hep B.(3) OPV(3)	24	Anti-Pneumococica(23 valente)

Hep : hepatite B, Hib: *H. influenzae* tipo b, OPV: Sabin, MMR: tríplice viral

IMUNIZAÇÃO PARA CRIANÇAS COM INFEÇÃO HIV/AIDS

Considerações Gerais:

Algumas diferenças em relação ao calendário padrão:
Deve-se, preferencialmente, optar pela IPV, ao invés de OPV; iniciar vacinação contra poliovírus-IPV – aos 3 e 5 meses, com reforço aos 15 meses.
Iniciar vacinação, contra hepatite B ao nascimento, e a 2ª dose com 1 mês. Se a mãe é HbsAg+, indicar HBIG ao nascer.
A vacina contra <i>H. influenzae</i> tipo b está indicada.
A vacina contra pneumococo deve ser indicada em crianças a partir de 2 anos de idade, com reforços a intervalos de 5/5 anos.
A vacina contra varicela não está indicada.
No Brasil, deve-se administrar a BCGid ao nascer, ou até 1 mês. Para crianças que chegam aos serviços não vacinadas, a vacina só deve ser indicada em crianças assintomáticas, e sem imunodepressão. A revacinação aos 7 anos não está indicada. ss

IX. Portaria Nº 774 de 1999

DO 201, de 20/10/99

O SECRETARIO EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, por Delegação de Competência através da Portaria GM/MS nº 2886, de 04/06/98, publicada no DOU nº 106, pág 37, Seção II, 05/06/98, no uso de suas atribuições legais, e com base nas condições consignadas no Decreto nº 825, de 28/05/93, no Protocolo de Intenções firmado em 29 de setembro de 1992 e seu Termo Aditivo datado de 27 de dezembro de 1994, observadas as disposições de Decreto-lei nº 200, de 25.02.67, da Lei nº 8.666, de 21.06.93, com suas alterações da Lei nº 9.082, de 25.07.95, do Decreto nº 93.872, de 23.12.86, Lei nº 9789, de 24.02.99 e da Instrução Normativa/STN nº 01, de 15.01.97, no que couber, resolvem:

Art 1º-Aprovar o Plano de Trabalho, apresentado pelo Comando do Exército, que faz parte integrante da presente Portaria, independentemente de transcrição, destinando recursos do Orçamento do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 172.420,92 (cento e setenta e dois mil, quatrocentos e vinte reais e noventa e dois centavos), com a finalidade de apoiar às ações de saúde, objetivando, a continuidade da execução de “Programa de Combate a DST/AIDS”, conforme detalhamento a seguir.

Processo nº 25000.023997/99-65

ÓRGÃO CEDENTE MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ÓRGÃO EXECUTOR COMANDO DO EXÉRCITO
 DGS/DIRETORIA DE SAÚDE
 C.F.P 13.075 0428 4439 0001
 DESPESAS CORRENTES – R\$ 172.420,92
 NOTA DE CRÉDITO Nº 3839, de 18/10/99

Art 2º Constitui objeto do Plano de Trabalho a que se refere o artigo anterior, a integração na execução das ações de mútua cooperação entre o Ministério da Saúde e o Comando do Exército através do Departamento Geral de Serviço/Diretoria de Saúde, objetivando a efetivação de ações que reduzam o risco de infecção pelas DST e HIV, e melhorem a qualidade de vida e a sobrevida das pessoas infectadas pelo HIV.

Art 3º O repasse dos recursos de que trata o artigo primeiro será efetivado pelo Ministério da Saúde, de acordo com as suas disponibilidades financeiras e em conformidade com o cronograma de desembolso constante do Plano de Trabalho aprovado.

Art 4º O período de execução do objeto observará o prazo estabelecido no Plano de Trabalho, sendo que, esse período poderá ser alterado através de reformulação do Plano aprovado.

Art 5º As dotações orçamentárias correspondente serão descentralizadas de acordo com as normas vigentes, devendo os recursos financeiros serem repassados através da Conta Única do Tesouro Nacional, sendo vedada a sua utilização de forma diversa da estabelecida no respectivo Plano de Trabalho, em conformidade com a legislação federal pertinente.

Art 6º Os valores, porventura, não empenhados no corrente exercício, terão seus saldos anulados em 31.12.99, e serão automaticamente descentralizados, em igual valor, no início do exercício de 2000, com base no que dispõe o artigo 27, do Decreto nº 93.872, de 23.12.86, observada a vigência do Plano de Trabalho aprovado.

Art 7º Caberá ao Ministério da Saúde, ou a quem ele delegar, exercer o acompanhamento das ações previstas para a execução do Plano de Trabalho, de modo a apoiar e evidenciar a boa e regular aplicação dos recursos transferidos.

Art 8º Fica revogado a Portaria SE/Nº 715, de 29/09/99, publicada no DOU de 30/09/99, Seção I, página 16.

Art 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

X. Portaria Nº 2.314/GM de 2002

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições, considerando:

- a Portaria nº 2313/GM, de 19 de dezembro de 2002, que institui o Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST e aprova as normas relativas a este;
 - a necessidade de padronizar os instrumentos para a elaboração dos Planos de Ações e metas, principal documento para o pleito ao Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, de modo a permitir monitoramento e acompanhamento sistematizados, dada a diversidade no perfil da epidemia e dos atores envolvidos na resposta a essa epidemia no país;
 - os itens 5.1.1. e 5.2.1. e o Anexo 04 das normas supra citadas, que tratam da definição e publicação de Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas e para a aplicação dos recursos relativos ao Incentivo, resolve:
- Art. 1º Aprovar a Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – nº 01/2002, constantes do ANEXO desta Portaria e que dela é parte integrante.

Parágrafo único A Norma Técnica, aprovada no caput deste artigo, contem os instrumentos e as Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas, para a aplicação dos recursos relativos ao Incentivo, para o estabelecimento de parcerias com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e as recomendações para a pactuação sobre a política de disponibilização de preservativos masculinos e medicamentos para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e infecções oportunistas relacionadas à Aids, a ser realizada pelas Comissões Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

BARJAS NEGRI

ANEXO da Portaria Nº 2314 de 20 de dezembro de 2002

Norma Técnica - Incentivo HIV/Aids e outras DST - n.º 01/2002

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids relaciona-se não só às características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, mas também aos avanços e ao processo de desenvolvimento da política nacional de saúde, através da qual vem sendo delegadas responsabilidades crescentes a estados e municípios, no que diz respeito à saúde dos cidadãos, bem como à assistência médico-sanitária e à organização dos respectivos sistemas estaduais, regionais e municipais de saúde.

As características territoriais e federativas do Brasil, a ação descentralizada e integrada das três esferas governamentais, além de se constituírem em diretrizes estratégicas do SUS, são imprescindíveis para garantir a equidade e o acesso de toda a população aos diferentes serviços assistenciais e ações preventivas, inclusive em HIV/Aids e outras DST, através da constituição de pólos loco-regionais de excelência e de difusão de ações nos seus diferentes níveis de complexidade, bem como de atuação conjunta com as iniciativas da sociedade civil organizada.

Com relação especificamente à AIDS, o comportamento atual da epidemia, caracterizado pela sua expansão para os municípios do interior dos estados da região sul e sudeste, pelo seu alastramento para outros estados e municípios da nação e pelos grupos populacionais que preferencialmente atinge, requer reordenação nas estratégias para seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado pelos três níveis governamentais.

Ainda quanto ao combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades nas áreas de promoção da saúde, prevenção da doença e dos danos, assistência e tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST e desenvolvimento institucional, o financiamento de ações, através de recursos específicos, mostra-se ainda imprescindível para propiciar o envolvimento dos diferentes níveis governamentais na efetivação de ações estratégicas, de modo a capacitar esses gestores públicos do SUS, garantir novos avanços e dar continuidade ao padrão de qualidade e de resultados que vem sendo alcançado pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST e Aids.

Ou seja, os objetivos de formulação de propostas específicas de sustentabilidade financeira e de estímulo ao desenvolvimento de ações de controle de HIV/Aids estão basicamente relacionados à própria sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, à necessidade de expansão e à continuidade da capacitação de estados e municípios no enfrentamento da epidemia, com ações adequadas, eficazes e eficientes, de modo que se possa alcançar com sucesso o seu controle.

A proposta formulada de financiamento aos gestores estaduais e municipais do SUS, busca garantir a concretização de propostas e ações estratégicas em HIV, AIDS e outras DST, levando em consideração os mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas setoriais de saúde do governo federal, optando-se pelo modelo de “Incentivo”.

Considera-se que esse formato permite a pactuação de Planos de Ações e Metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais, bem como a flexibilidade necessária face à nossa extensão e heterogeneidade territorial e às diferentes características e complexidades que a epidemia da AIDS vem adquirindo nas várias regiões do País.

A estratégia de implantação dessa política, através do Plano de Ações e Metas, objetiva o desenvolvimento e capacitação de centros regionais qualificados tanto na prestação de serviços quanto nas ações de promoção, prevenção e articulação com a Sociedade Civil como parceira imprescindível para a garantia da continuidade do Programa Nacional de DST e Aids, bem como da resposta positiva que o mesmo vem alcançando ao longo de muitos anos.

Este Plano, como instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a serem implementadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, previamente selecionadas para receberem recursos do Incentivo deverá ser considerado como

um instrumento estratégico para o alcance dos objetivos do Programa Nacional de DST e Aids, especialmente para a ampliação e qualificação das ações voltadas ao HIV/Aids e outras DST.

Nesse sentido, o material apresentado a seguir, na forma de Manual prático, pretende não só informar e orientar a elaboração do Plano de Ações e Metas (PAM), principal instrumento a ser apresentado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para qualificação destes gestores na obtenção de recursos financeiros do Incentivo, mas efetivamente disponibilizar instrumentos e técnicas que possibilitem, aos gestores públicos, apresentarem os seus planos integrados às diretrizes nacionais e regionais de combate à Epidemia de AIDS, de forma que o Programa Nacional de DST e Aids continue a alcançar respostas positivas e coerentes com as características desta epidemia nos diferentes espaços territoriais da nação.

Por outro lado, o Manual está focalizado no conteúdo do PAM que está organizado em quatro grandes tópicos:

Caracterização Global da Unidade Territorial;

Diagnóstico Epidemiológico e das Ações em HIV/Aids e outras DST;

Avaliação da Capacidade Institucional e Gerencial;

Elaboração do Plano de Ações e Metas.

Na Caracterização Global da Unidade Territorial devem ser incluídos dados acerca do Gestor Público do SUS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), informações selecionadas sobre demografia, aspectos sócioeconômicos, capacidade instalada de serviços e áreas e populações especiais, além de dados epidemiológicos resumidos sobre HIV/Aids e outras DST.

O bloco referente a Diagnóstico Epidemiológico e das Ações em HIV/Aids e outras DST, constitui-se num conjunto de instrumentos e orientações que buscam auxiliar na sistematização da análise de resposta da SES e SMS no enfrentamento da Epidemia da AIDS nos respectivos territórios. Deste modo, inicia-se com a análise dos dados epidemiológicos e prossegue com a avaliação do acesso da população e das pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST às ações e serviços, do conjunto de ações em HIV/Aids e outras DST ofertadas nos respectivos âmbitos governamentais e das ações específicas de promoção e prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento, desenvolvimento institucional e parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC).

A parte sobre Avaliação da Capacidade Institucional e Gerencial do Programa de DST e Aids no âmbito do estado e município tem como objetivo avaliar a capacidade institucional nas áreas de capacitação de recursos humanos, implantação e uso dos Sistemas de Informação, gestão financeira e administrativa, organização das áreas de logística de insumos e capacidade nas áreas de planejamento, monitoramento e avaliação.

O tópico sobre Elaboração do Plano de Ações e Metas fornece instrumentos, métodos e orientações para, a partir da análise de resposta dos tópicos anteriores, definir as prioridades a serem enfrentadas, os resultados a serem alcançados, as metas e as ações a serem efetivamente realizadas e financiadas durante esse ano.

No que se refere ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids e dos portadores de DST, a portaria que institui a Política de Incentivo traz como uma de suas exigências a necessidade da pactuação entre estados e municípios sobre aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento das Infecções Oportunistas relacionadas à Aids, bem como das DST. O Documento de referência para subsidiar esta pactuação encontra-se no Anexo 04 deste Manual.

Com o objetivo de facilitar a elaboração desse PAM, por meio da confecção de planilhas, preenchimento de instrumento e criação de textos estarão disponíveis na Internet (<http://www.aids.gov.br/incentivo>) os documentos de referência, o presente Manual e os dados epidemiológicos do respectivo território, além da documentação que deverá constituir o PAM a ser encaminhado para apreciação pelos respectivos níveis governamentais (PAM QUALIFICACAO ESTADO.DOC e PAM QUALIFICACAO MUNICIPIO.DOC.)

A documentação que irá constituir o Plano de Ações e Metas (PAM) a ser encaminhado para apreciação pelos respectivos níveis governamentais, não inclui todo o universo de instrumentos e planilhas apresentadas no presente Manual, uma vez que muitos instrumentos indicados no Manual são auxiliares ao planejamento e elaboração do PAM, servindo como uma memória de elaboração e de cálculo.

2 - ESTRUTURA DO MANUAL DO PLANO DE AÇÕES E METAS EM HIV/AIDS E OUTRAS DST

O presente Manual parte do modelo de Plano de Ações e Metas, sendo resultante não só das orientações da Política de Incentivo, mas também do conjunto de instrumentos e processos de planejamento, acompanhamento e avaliação utilizados nos projetos do Programa Nacional de DST e Aids nos últimos anos, bem como da análise do desenvolvimento da capacidade gestora de estados e municípios na implementação de planos operativos anuais, especialmente da experiência e vivências dos Órgãos Gestores de Projetos (OGP) que participaram daquelas ações.

Para elaborar o Manual levou-se em consideração ainda os instrumentos já utilizados nos Planos Estratégicos dos estados e na apresentação de projetos por OSC e a necessidade de aprimorar o desenvolvimento da capacidade gerencial em HIV/Aids e outras DST dos gestores estaduais e municipais.

Neste aspecto, o Manual apresenta novos instrumentos e métodos de planejamento a serem implementados por todos os gestores.

Esquemáticamente o Manual pode ser considerado como a articulação de vários momentos de levantamento e análise dos dados, elaboração de sínteses e conclusões, que irão subsidiar a elaboração do PAM. Deste modo, o presente Manual pretende conduzir as SES e SMS na elaboração dos respectivos PAM através de várias fases e etapas resumidamente apresentadas a seguir. Observa-se, entretanto, que as fases e etapas do Manual referem-se aos processos necessários para elaborar o PAM e, portanto, seguem a seqüência lógica do planejamento, isto é: levantamento de dados e informações; análise dos mesmos e elaboração de ações e metas, conforme indicado no quadro a seguir.

FASE 01 - Levantamento de dados sobre:

Epidemiologia da AIDS e outras DST

Caracterização Global do Território, em termos de:

Demografia

Condições sócioeconômicas

Características especiais do território quanto a áreas de risco e grupos populacionais vulneráveis e de risco acrescido.
 Capacidade instalada de serviços de saúde
 Acesso da população e pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST aos serviços
 Ações em HIV/Aids e outras DST desenvolvidas no território
 Capacidade de gestão da SES ou SMS
 Parcerias com OSC

FASE 02 – Análise dos dados e elaboração de sínteses e conclusões sobre:

Epidemiologia da AIDS e outras DST
 Caracterização global do território
 Capacidade de gestão da SES ou SMS
 Capacidade de resposta da SES ou SMS

FASE 03 – Elaboração de propostas de ações e metas

Levantamento de prioridades
 Definição dos resultados esperados
 Estabelecimento de metas
 Definição das ações e dos respectivos recursos financeiros a serem aplicados

Em cada uma das Fases assinaladas, o Manual irá expor o objetivo, as fontes de informações, as etapas para cumprir e respectiva fase, sugerir como executar cada etapa e quais as partes do PAM que devem ser preenchidas, de modo que ao final o PAM esteja elaborado.

Posteriormente, serão apresentados, através de anexos, os instrumentos a serem utilizados pelas SES e SMS, correspondentes a cada Fase de elaboração dos mesmos, contendo explicações mais detalhadas do uso de cada planilha.

3- FASES PARA ELABORAÇÃO DO PAM

É importante lembrar que a Portaria que institui a Política de Incentivo, no seu item 1.4.5, determina, como compromisso do Gestor Público, o estabelecimento, a manutenção e o fortalecimento dos mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde.

A elaboração do PAM, como instrumento estratégico para implementação da Política de Incentivo nos estados e municípios, além de ocorrer de forma participativa, deve levar em consideração a situação do Gestor Público em termos da sua capacidade gerencial e institucional em desenvolver e implementar ações em HIV/Aids e outras DST, definindo após um processo de Auto Avaliação, a ênfase e a necessidade em priorizar as ações relativas ao aprimoramento da capacidade institucional no primeiro ano de implementação da Política de Incentivo.

Neste aspecto, as SES e SMS poderão elaborar o PAM em duas perspectivas de priorização:

Os Gestores Públicos do SUS que após auto avaliação identificarem não possuir capacidade gerencial e institucional para implementarem plenamente ações de impacto nas ações de promoção e prevenção; diagnóstico, assistência e tratamento; e parcerias com OSC deverão optar por apresentar seu PAM priorizando ações de capacitação e desenvolvimento institucional, conforme instrumentos apresentados nos Anexos 01 e 02.

Esta priorização deverá ocorrer exclusivamente no primeiro ano de implantação do Incentivo.

Os Gestores Públicos do SUS que após auto avaliação gerencial se apresentarem institucionalmente capacitados deverão apresentar o PAM contendo ações nas áreas de desenvolvimento institucional, promoção e prevenção; diagnóstico, assistência e tratamento; e parcerias com OSC, priorizando as ações de promoção e prevenção; e diagnóstico, assistência e tratamento.

Em ambos os casos, as instâncias superiores às SES e SMS deverão avaliar se a priorização / ênfase do Gestor Público está adequada, como previsto na Política do Incentivo, de modo a evitar que gestores com baixa capacidade gerencial proponham Ações e Metas que não possuam capacidade para implementar, alocando inadequadamente os recursos disponíveis.

PORTARIA DO INCENTIVO

1.4. Além dos critérios de inclusão, os estados e municípios que pretenderem pleitear o incentivo deverão apresentar:

1.4.1. técnico(s), ou grupo técnico, responsável(is) especificamente pelo planejamento e gerenciamento das ações estratégicas em HIV/Aids e outras DST, a ser(em) designado(s) por ato normativo do gestor de saúde local;

1.4.2. compromisso explícito em realizar as atividades e em prover acesso e serviços de qualidade para as pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST;

1.4.3. pactuação expressa, com intermediação do Gestor Estadual, entre o município que recebe o Incentivo e os municípios que referenciam demanda, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização do estado e a NOAS/02;

1.4.4. compromisso em aplicar recursos próprios para as ações em HIV/Aids e outras DST, conforme os parâmetros estabelecidos no item 4.2 da Portaria.

1.4.5. compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde.

FASE 01 - Levantamento de dados

Objetivo

Levantar dados e informações que permitam conhecer o comportamento da epidemia da AIDS e de outras DST no território, bem como dados do Gestor Público do Sistema Único de Saúde, neste território, e a organização dos serviços e das ações de saúde, especialmente daqueles voltados ao HIV/Aids e outras DST.

Fontes de informações

As fontes de levantamento de dados são variadas, constituindo-se de bases de dados do Sistema Único de Saúde, do IBGE e de diferentes Órgãos e Setores dos Governos Estaduais e Municipais. O conjunto de fontes de dados e informações para cada item do PAM podem ser organizadas conforme indicado adiante.

DADOS	FONTES
Caracterização global do território, em termos de:	
Demografia	IBGE – www.ibge.gov.br DATASUS – www.datasus.gov.br
Condições Sócioeconômicas	IBGE – www.ibge.gov.br
Características especiais do território quanto a áreas de risco e grupos populacionais vulneráveis	IBGE – www.ibge.gov.br Secretaria de Planejamento Secretaria de Saúde – Área de Planejamento
Epidemiologia da AIDS e outras DST	Caderno AIDS (dados epidemiológicos) – www.aids.gov.br/incentivo Secretaria de Saúde – Área Epidemiologia
Capacidade instalada de serviços de promoção e atenção à saúde	Secretaria de Saúde – Área de Planejamento
Acesso da população e pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST aos serviços de promoção e atenção à Saúde	Secretaria de Saúde: - Área de Planejamento - Setor responsável pelas Ações de HIV/Aids e outras DST
Ações em HIV/Aids e outras DST desenvolvidas no território	Secretaria de Saúde: - Área de Planejamento - Setor responsável pelas Ações de HIV/Aids e outras DST
Capacidade de gestão da SES ou SMS	Secretaria de Saúde: Área de Planejamento Setor responsável pelas Ações de HIV/Aids e outras DST
Parcerias com OSC	Coordenação Nacional DST-AIDS – http://www.aids.gov.br/incentivo Secretaria de Saúde – Área de Convênios Outras Secretarias e Fórum de ONG/Aids.

Etapas

ETAPAS	ATIVIDADES	INSTRUMENTOS CORRESPONDENTES A SEREM PREENCHIDOS NO PAM		
		GESTORES COM CAPACIDADE GERENCIAL		GESTORES COM BAIXA CAPACIDADE GERENCIAL
		ESTADO	MUNICÍPIO	
Caracterização global do território, em termos de:	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 1.1 ITEM 1.2	ITEM 1.1 ITEM 1.2	ITEM 1.1 ITEM 1.2
Demografia				
Condições sócioeconômicas				
Características especiais do território quanto a áreas de risco e grupos populacionais vulneráveis	Levantamento de dados via Internet Incluir dados epidemiológicos disponíveis de outras DST, inclusive por síndrome, caso houver. Incluir estudos de prevalência de HIV e DST, quando houver	ITEM 1.3	ITEM 1.3	ITEM 1.3
Epidemiologia da AIDS e outras DST				
Capacidade instalada de serviços de saúde	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 1.4	ITEM 1.4	
Acesso da população e pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST aos serviços	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 2.2 ITEM 2.3	ITEM 2.2	

Ações em HIV/Aids e outras DST desenvolvidas no território	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 2.4 ITEM 2.5 ITEM 2.6.1 ITEM 2.6.2	ITEM 2.3 ITEM 2.4 ITAM 2.5.1 ITEM 2.5.2	
Capacidade de gestão da SES ou SMS	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 2.6.3	ITEM 2.5.3	ITEM 2.6.3 OU 2.5.3
Parcerias com OSC	Levantamento de dados Preenchimento dos instrumentos correspondentes	ITEM 2.6.4	ITEM 2.5.4	

FASE 02 – Análise dos dados e elaboração de sínteses e conclusões

Objetivo

Nesta Fase deverão ser analisados os dados e as informações coletados, buscando organizar sínteses e conclusões que irão alimentar a próxima Fase.

Neste sentido, deve-se avaliar detalhadamente os conjuntos de informações e elaborar conclusões a respeito de:

Evolução do comportamento da epidemia de AIDS no território

Ações de ampliação do acesso e melhoria dos serviços de HIV/AIDS e outras DST já desenvolvidas pelo Gestor do SUS para assistência, promoção e prevenção e quais as novas necessidades

Capacidade gerencial da SES ou SMS para o desenvolvimento das ações em HIV/Aids e outras DST e como essa capacidade tem sido aperfeiçoada

Ações de parcerias com OSC que têm sido realizadas no território, como elas são gerenciadas pela SES ou SMS e quais resultados têm alcançado

Para auxiliar na elaboração dessas conclusões, nos instrumentos do PAM, Anexos 01-Estado e Anexo 02-Município, foram inseridas orientações detalhadas nos respectivos itens.

Fontes de informações

As fontes de informações para esta fase são os dados, os instrumentos e planilhas coletadas e preenchidas na FASE 01.

Etapas

Considerando que esta Fase é preparatória para a elaboração das Ações e Metas a serem implementadas, deve-se observar as orientações expostas na Política do Incentivo, quanto aos responsáveis pela elaboração do PAM (itens da portaria: 1.4.5 – 5.1.2.1 e 5.2.2.1)

Neste aspecto devem ser recordados os critérios estabelecidos para que estados e municípios solicitem recursos do Incentivo, além dos critérios epidemiológicos e de participação nos Projetos Aids I e II, conforme indicado abaixo, para que se possa desenhar as etapas desta Fase.

ETAPAS	ATIVIDADES SUGERIDAS
Levantamento das entidades, organizações e órgãos públicos envolvidos com a epidemia do HIV/AIDS e sua resolução	Elaborar, a partir das informações levantadas na Fase 01, um cadastro contendo os contatos com serviços de assistência, OSC, grupos organizados de populações vulneráveis, órgãos e setores governamentais
Organização do grupo responsável pela análise dos dados e elaboração das Ações e Metas de acordo com o que diz o item 1.4.5. da Portaria que institui o Incentivo. (descrito no primeiro parágrafo do item 4. Desta norma)	Entrar em contato e solicitar representantes, no mínimo dos seguintes setores: OSC que atuam em Aids e outras DST Grupos vulneráveis organizados como: homossexuais, profissionais do sexo, caminhoneiros, etc. Serviços de assistência à pessoas vivendo com HIV/Aids e portadores de DST Setores governamentais de áreas que possuem interface com a problemática da AIDS e DST Se possível, oficializar o grupo junto ao Conselho de Saúde e à sociedade
Elaboração de cronograma de atividades do grupo	Realizar uma primeira reunião explicando os objetivos do grupo quanto ao Incentivo e elaborar cronograma
Apresentação e análise dos dados e levantamento de propostas	Seguindo o cronograma, organizar encontros para exposição e discussão dos dados e das propostas
Preenchimento do PAM	Preencher os instrumentos correspondentes de análise e síntese nos diversos itens do PAM

FASE 03 - Elaboração de propostas de Ações e Metas

Objetivo

Nesta Fase, a partir das sínteses, conclusões, discussões e levantamento de propostas serão elaboradas as metas e as ações a serem implementadas, com a definição dos respectivos recursos a serem aplicados.

Nesta Fase será desenhado propriamente o Plano de Ações e Metas do Gestor do SUS. Deste modo o grupo organizado na Fase 02 deve ser mantido de modo que as Metas e Ações definidas sejam assumidas por todos os atores envolvidos com a problemática da Aids e das DST no território.

Fontes de informações

As informações desta Fase são as sínteses e conclusões, bem como as discussões e as memórias das reuniões do grupo de planejamento.

Entretanto, de acordo com as Metas e Ações desenhadas podem ser necessárias novas informações para verificar se o que está sendo proposto é realmente factível. Ou seja, as propostas que estão sendo levantadas e discutidas são viáveis de serem implementadas? Muitas vezes para responder a esta questão são necessários mais dados.

Para a construção da proposta de parceria com as OSC, torna-se imprescindível considerar, como base conceitual, as orientações para estabelecimento de parcerias com Organizações da Sociedade Civil no âmbito do Incentivo HIV/Aids e outras DST que se encontra como Anexo 03 desta norma, lembrando que os formulários que nele estão contidos se aplicam a uma fase posterior, após a aprovação do pleito, quando da efetivação das parcerias.

Etapas

Basicamente as etapas desta Fase são as já descritas e as indicadas a seguir. Tendo em vista certa complexidade no desenvolvimento dessas etapas, a descrição das mesmas encontra-se nos instrumentos dos PAM, nos Anexos 01- Estado e Anexo 02 - Município.

ETAPAS
Levantamento de prioridades
Definição dos resultados esperados
Estabelecimento de metas
Definição das ações e dos respectivos recursos financeiros a serem aplicados

2 - INSTRUMENTOS PARA ELABORAÇÃO DO PAM

Os Instrumentos para elaboração do PAM estão organizados em Anexos a este Manual, tendo cada um sua respectiva utilidade, conforme descrito a seguir. Recordar-se, mais uma vez, que o conjunto de instrumentos apresentados não serão todos incluídos quando da organização do Processo de Qualificação, uma vez que alguns são instrumentos auxiliares ao planejamento.

ANEXOS	DESCRIÇÃO
01 – Instrumentos do Plano de Ações e Metas do Estado	Conjunto de instrumentos a serem utilizados pelas SES para elaboração do PAM, contendo orientações específicas
02 – Instrumentos do Plano de Ações e Metas do Município	Conjunto de Instrumentos a serem utilizados pelas SMS para elaboração do PAM, contendo orientações específicas
03 – Orientações e formulário para estabelecimento de parcerias com organizações da sociedade civil – OSC, no âmbito da política de incentivo HIV/aids e outras DST	Instrumento contendo cadastro e plano de trabalho de OSC selecionadas pelas SES para desenvolverem parcerias, com orientações específicas
04 – Recomendações para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para: Aquisição de Medicamentos para DST e Infecções Oportunistas em indivíduos com HIV/AIDS.	Recomendações para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para Aquisição de medicamentos para DST e Infecções Oportunistas em indivíduos com HIV/Aids
05 – Recomendações para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para: Distribuição do preservativo masculino na prevenção ao HIV/AIDS e DST no Brasil	Recomendações para pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para Política de distribuição do preservativo masculino na prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil
Documentação que deverá constituir o Plano de Ações e Metas as ser encaminhada para apreciação pelos respectivos níveis governamentais.	Documentação constante dos arquivos: PAM QUALIFICACAO ESTADO.DOC e PAM QUALIFICACAO MUNICIPIO.DOC Esses arquivos estão disponíveis na Internet, no endereço eletrônico: http://www.aids.gov.br/incentivo
PORTARIA QUE INSTITUI A POLÍTICA DE INCENTIVO EM HIV/AIDS	
Portaria que institui a política de incentivo em HIV/AIDS	Íntegra da Portaria que institui a política de incentivo em HIV/AIDS
Anexos da Portaria	Anexos da Portaria que indicam a documentação necessária e o fluxo do processo de solicitação das SES e SMS

GLOSSÁRIO

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CN-DST-AIDS - Coordenação Nacional de DST e AIDS

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 MS - Ministério da Saúde
 NOAS - Norma Operacional da Assistência do Sistema Único de Saúde
 NOB - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
 OGP - Órgão Gestores de Projetos que desenvolvem projetos junto a CN-DST-AIDS
 ONG - Organizações Não Governamentais
 OSC - Organizações da Sociedade Civil
 PAM - Plano de Ações e Metas da Política de Incentivo
 POA - Plano Operativo Anual
 SES - Secretaria Estadual de Saúde
 SMS - Secretaria Municipal de Saúde
 SPS - Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde
 SUS - Sistema Único de Saúde

ANEXO 01 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002

Instrumentos do plano de ações e metas para Estados

Caracterização Global do Estado

Identificação do gestor público do SUS

Estado		
Unidade Federada:		
Atual condição de Gestão do SUS:		
Situação do estado quanto a elaboração de Plano Diretor de Regionalização conforme a NOAS 2002:		
Órgão estadual responsável pela gestão do SUS		
Nome do órgão:		
CNPJ:		
Nome do dirigente do órgão:		
Profissão:	RG:	CPF:
Endereço do órgão:		
Tel.:	Fax:	E-mail:
Órgão responsável pela gestão das ações em HIV/Aids e outras DST		
Coordenador ou técnico responsável pelas ações em HIV/Aids e outras DST		
Equipe de apoio responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações estaduais em HIV/Aids e outras DST		
Nome	Área ou setor de atuação	Telefone / e-mail

Dados demográficos, socioeconômicos e áreas e populações especiais

Dados demográficos e socioeconômicos

Dados populacionais e socioeconômicos	Quantidade	Unidade
População total residente em 2001		Habitantes
Taxa de crescimento anual no período 1991/2000		% ao ano
Taxa de urbanização em 2000		%
Área total do estado		Km ²
Densidade populacional em 2000		Hab/ Km ²
Taxa de analfabetismo em 2000		%
Cobertura de abastecimento de água		%
Cobertura de esgotamento sanitário		%

Áreas e populações especiais no estado

Áreas e populações especiais no Estado	Possui	Não possui	População estimada
Áreas de barragem			
Áreas de fronteira			
Área de garimpo			
Áreas militares			
Área portuária			
Áreas ou rota de caminhoneiros			

Áreas de turismo			
Assentamentos rurais			
Reserva extrativista			
Grupos de migração intensa			
População confinada (presídios e outros)			
População indígena			
População de profissionais do sexo			
População de usuários de drogas injetáveis (UDI)			
População de homens que fazem sexo com homens (HSH)			
Pessoas vivendo com HIV/AIDS			
Outra(s)			

Dados epidemiológicos resumidos, relacionados ao HIV/Aids e outras DST

Dados selecionados		Valor ou número	Período / Ano	Fonte
Ano do diagnóstico do 1º caso de aids				
Ano do diagnóstico do 1º caso de aids em menores de 13 anos				
Razão de sexo				
Taxa de incidência	Ambos os sexos			
	Homens			
	Mulheres			
Grupo etário mais atingido				
Número de pessoas vivendo com HIV/aids * acompanhadas em serviços do município				
Taxa de incidência de Aids no Ano (utilizar sempre o penúltimo ano para que se evite o atraso de notificação)				
Taxa de mortalidade (no último ano disponível)				
Taxa de gravidez precoce (10-15 anos)				
Taxa de incidência da Sífilis Congênita				
Taxa de incidência da Tuberculose (último ano disponível)				

* Pessoas vivendo com HIV/aids – pessoas infectadas pelo vírus HIV ou que já desenvolveram a doença aids propriamente dita.

Casos de Aids	Acumulados até dezembro 2001		Notificados em 2001
	Número	Percentual	
Total			
Homens			
Mulheres			
N.º de casos atribuídos à exposição			
Homo/Bissexual			
Heterossexual			
UDI			
Hemo/Transfusão			
Perinatal			
Ignorada			

OBSERVAÇÃO: Devido a problemas na implantação nacional do SINAN Windows (Sistema de Notificação de Agravos) que comprometeram a transferência de dados do nível estadual para o nacional, os dados disponíveis na Internet – Caderno AIDS (<http://www.aids.gov.br/incentivo>) terão o ano de 1999 como referência. Porém, caso os estados e municípios disponham de dados mais atuais, poderão utilizá-los.

1.4 Capacidade instalada de serviços que oferecem ações em HIV/aids e outras DST

Orientações

Neste item 1.4 objetiva-se o levantamento da capacidade instalada de unidades e serviços em HIV/Aids e outras DST existentes no estado, segundo os gestores, para as ações de assistência (Item 1.4.1).

Os dados e informações podem ser obtidos junto aos sistemas de informação do SUS – SIA/SUS e SIH/SUS – da SES.

Atenção: o que deve ser considerado como unidade e serviço

UNIDADE: considere unidade quando existe uma UNIDADE FÍSICA com equipe própria, espaço físico, equipamentos e recursos gerenciados e coordenados por esta unidade.

SERVIÇO: considere serviço quando existem profissionais ou parte de uma equipe que desenvolvem atividades específicas numa UNIDADE, portanto não possuem total autonomia sobre os seus recursos, dependendo da gerência da UNIDADE.

Exemplo: Numa UNIDADE de ambulatório de especialidades ou num laboratório podemos encontrar vários especialistas com pequenas equipes realizando SERVIÇOS de várias especialidades, mas a UNIDADE possui uma gerência única. Cada SERVIÇO pode possuir responsáveis, mas o SERVIÇO depende da UNIDADE em termos gerenciais e de recursos.

Capacidade instalada de unidades e serviços específicos para assistência em HIV/Aids e outras DST

Tipo de unidade ou serviço assistencial específico em HIV/Aids	Número total de unidades ou serviços segundo gestor do serviço			Atende demanda de outros estados e de países de fronteira	
	Federal	Estadual	Municipal	Sim	Não
Centro de Testagem Anônima (CTA/COAS)					
Ambulatório de Especialidades (incluindo SAE)					
Hospital-Dia (HD)	Isolado				
	Acoplado	Hosp. Convencional SAE			
Hospital Convencional					
Assistência Domiciliar	Terapêutica (ADT)				
Exames Laboratoriais e Complementares	Triagem para Exames HIV				
	Confirmação	Western Blot			
		Imunofluorescência			
	CD4 e CD8				
	Carga Viral				
Infecções Oportunistas					
Medicamentos	AntiRetroviral (ARV)	Unidade de dispensação			
	Infecções Oportunistas				
Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST	Atendimento UBS				
	Serviços e Clínicas				
	Exames Laboratoriais				
	Dispensação de Medicamentos				

Comentários e conclusões acerca das atividades em HIV/AIDS oferecidas pelas unidades assistenciais no estado

Para elaborar conclusões a respeito destes dados considere:

O número de unidades ou serviços que realizam ações em HIV/Aids e outras DST são suficientes para a demanda do Estado?

A distribuição espacial destas unidades e serviços é adequada para possibilitar acesso à população?

A qualidade das ações oferecidas é adequada?

Quais são os estrangulamentos existentes nesta área?

Diagnóstico Epidemiológico e das Ações em DST/Aids no Estado

Diagnóstico epidemiológico

Orientações

Realizar o levantamento dos dados epidemiológicos via Caderno Aids no site: www.aids.gov.br/incentivo. Caso necessário solicite auxílio aos técnicos da Vigilância Epidemiológica da SES.

Preencher o item 1.3.

Incluir dados epidemiológicos disponíveis de outras DST, inclusive por síndrome, caso houver.

Incluir estudos de prevalência de HIV e DST, quando houver

Analisar as tabelas e os gráficos e verificar as tendências da epidemia, apontando os grupos mais atingidos com relação ao sexo, idade, educação e formas de exposição.

Considerar a possibilidade de atraso na notificação.

Comentários e conclusões sobre a epidemiologia de HIV/Aids e outras DST no Estado

Acesso da população e das pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST às ações e serviços
Conceituações

O estado e o município ao assumir o seu papel de gestor do SUS, entendendo saúde como “DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO” conforme o estabelecido na Constituição de 88 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, deve responsabilizar-se pelo atendimento às necessidades e demanda de saúde da sua população.

A operacionalização das diretrizes do SUS vem sendo construídas através de Normas Operacionais: NOB/93, NOB/96, NOAS/2001 e NOAS/2002.

A implementação da NOAS requer uma rede regionalizada e hierarquizada, que possibilite a construção da PPI (Programação Pactuada e Integrada) com acompanhamento sistemático pelo gestor estadual.

A construção do plano estadual de saúde se dará de forma ascendente permitindo o reconhecimento e co-responsabilização com os municípios na atenção às necessidades de saúde da população, promovendo a “harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais”.

Esse processo requer um reconhecimento qualificado da realidade para que a construção do plano estadual e municipal de saúde se dê com bases nas prioridades estabelecidas através de critérios epidemiológicos, demográficos, características quantitativas e qualitativas da capacidade instalada entre outros.

Nesse contexto, para a construção do Plano de Ações e Metas estadual e municipal para HIV/Aids e outras DST reveste-se de fundamental importância o reconhecimento de alguns aspectos tais como:

Acesso oferta x demanda, segundo critérios epidemiológicos integralidade das ações fluxo estabelecido qualidade e impacto

Orientações

A planilha deste item 2.2 propõe o reconhecimento do acesso dos municípios às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento em HIV/Aids e outras DST no estado.

Deve ser preenchida com um X, sendo que, se parte ou a totalidade das ações se desenvolverem em outro Estado, informar o nome do Estado e respectivos Municípios

Ações em HIV/Aids e DST		Local de acesso		
		Realizadas no estado	Realizadas em outro estado (Nome do estado e respectivo município de referência)	
População em geral	Aconselhamento sobre HIV			
	Diagnóstico do HIV			
Aconselhamento e diagnóstico para população com risco acrescido	Profissionais do sexo			
	Homens que fazem sexo com homens			
	Usuários de drogas			
	Usuários de drogas injetáveis (UDI)			
	Caminhoneiros			
	Populações confinadas			
	Povos indígenas			
Gestantes	Garimpo e assentamentos			
	Aconselhamento e diagnóstico do HIV			
	pré-natal de gestante HIV+			
	Parto de gestante HIV+			
	Diagnóstico da sífilis materna			
	Tratamento da sífilis materna			
	Notificação da sífilis congênita			
	Teste rápido para HIV em maternidades			
Teste rápido para VDRL em maternidades				
Profissionais de saúde sob risco ocupacional	Profilaxia			
	Aconselhamento sobre HIV			
	Diagnóstico do HIV			
Exames laboratoriais e	Triagem para HIV			
	Confirma-tório	Western Blot		

exames complementares	Imunof.			
	CD4 e CD8			
	Carga Viral			
	Radio-diagnóstico			
	Endoscopias			
	Análises clínicas			

Ações em HIV/Aids e DST			Local de acesso		
			Realizadas no Estado	Realizadas em outro estado (Nome do estado e respectivo município de referência)	
Acompanhamento dos indivíduos HIV+	Consulta ambulatorial	Por equipe multiprofissional			
		Por infectologista			
		Por médico clínico			
		Por ginecologista			
		Por pediatra			
	Atividades ambulatoriais	Individual			
		Em grupos			
	Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)				
	Hospital-Dia (HD)	Internação-dia			
	Hospital Convencional	Internações (AIH)			
	Medicamentos ARV	Dispensação			
		Grupos de adesão			
Medicamentos I.O.	Prescrição				
	Dispensação				
Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST	Atendimento UBS				
	Serviços e clínicas				
	Exames laboratoriais				
	Dispensação de medicamentos				

Comentários e conclusões sobre o acesso da população local, incluindo os mecanismos de referência existentes.

Para a construção do diagnóstico do acesso é necessário que a SES considere algumas questões:

Atuação da SES com relação a:
 Gerência da referência em HIV/aids no Estado.
 Mecanismos utilizados para a garantia do acesso.
 Mecanismos utilizados para a garantia da integralidade das ações.
 Quais as dificuldades nesta área?

De posse de todas as informações discutir e elencar ações para a garantia do acesso da população às ações de HIV/aids e outras DST.

Identificação dos Municípios de referência no Estado

Ações em HIV/Aids e outras DST		Municípios de referência (Indicar os nomes dos municípios)		
		Satélite	Sede de Módulo	Pólo
População em geral	Aconselhamento sobre HIV			
	Diagnóstico do HIV			
Aconselhamento e diagnóstico	Profissionais do sexo			
	Homens que fazem sexo com homens			
	Usuários de drogas			
	Usuários de drogas injetáveis (UDI)			

para população com risco acrescido	Caminhoneiros				
	Populações confinadas				
	Povos indígenas				
	Garimpo e assentamentos				
Ações voltadas para gestantes	Aconselhamento e diagnóstico do HIV				
	Pré-Natal de gestante HIV+				
	Parto de gestante HIV+				
	Diagnóstico da sífilis materna				
	Tratamento da sífilis materna				
	Notificação da sífilis congênita				
	Teste rápido para HIV em maternidades				
Profissionais de saúde sob risco ocupacional	Profilaxia				
	Aconselhamento sobre HIV				
	Diagnóstico do HIV				
Exames laboratoriais e exames complementares	Triagem para HIV				
	Confirma-tório	Western Blot			
		Imunof.			
	CD4 e CD8				
	Carga Viral				
	Radio-diagnóstico				
	Endoscopias				
	Análises clínicas				

Ações em HIV/Aids e outras DST			Municípios de referência (Indicar os nomes dos municípios)		
			Satélite	Sede de Módulo	Pólo
Acompanhamento dos indivíduos HIV+	Consulta ambulatorial	Por equipe multiprofissional			
		Por infectologista			
		Por médico clínico			
		Por ginecologista			
		Por pediatra			
	Atividades ambulatoriais	Individual			
		Em grupos			
	Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)				
	Hospital-Dia (HD)	Internação-dia			
	Hospital Convencional	Internações (AIH)			
	Medicamentos ARV	Dispensação			
		Grupos de adesão			
	Medicamentos I.O.	Prescrição			
Dispensação					
Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST	Atendimento UBS				
	Serviços e clínicas				
	Exames laboratoriais				
	Dispensação de medicamentos				

Orientações

A planilha do item 2.3 acima, deverá ser preenchida somente pelo gestor estadual com os nomes dos municípios onde as ações em HIV/aids são desenvolvidas, segundo a caracterização dos mesmos no Plano Diretor de Regionalização do estado e orientações da NOAS/2002.

<p>Análise e conclusões sobre como o gestor estadual gerencia as referências em HIV/aids e outras DST no estado para as diferentes ações ou serviços</p> <p>Questões a serem consideradas:</p> <p>Como tem sido a inclusão das ações em HIV/aids e outras DST no Plano Diretor de Regionalização e na PPI do estado?</p> <p>Como são planejados os investimentos no estado para possibilitar o desenvolvimento de municípios de referência em HIV/aids e outras DST?</p> <p>Os municípios de referência atualmente existentes conseguem atender às demandas em HIV/aids e outras DST?</p> <p>Existem áreas no estado onde se verificam dificuldades de acesso aos municípios de referência?</p>

Exames laboratoriais e exames complementares	Triagem para HIV												
	Confirmação	W. Blot											
		Imunof.											
	CD4 e CD8												
	Carga Viral												
	Infecções Oportunistas												
Medicamentos ARV	Dispensação												

Comentários e conclusões sobre as ações desenvolvidas em HIV/aids

Para elaboração das suas conclusões considere
 Sua capacidade instalada é compatível com as suas necessidades? Caracterizar para cada grupo de ações.
 Quais os mecanismos de análise e acompanhamento das ações desenvolvidas nestes serviços?
Com base nos dados
 Caracterize os pontos de estrangulamento identificados.
 Identifique onde devem ser desenvolvidas propostas de melhoria de acesso ou de qualificação das ações.

Análise das ações e atividades em HIV/Aids já realizadas pelo gestor estadual

Ações de Promoção e Prevenção

Projetos ou ações de promoção e prevenção	Não realizadas	Realizadas por			
		SMS	SES	MS	OSC
Campanhas educativas					
Distribuição de materiais educativos					
Distribuição de preservativos					
Aconselhamento e testagem para o HIV					
Aconselhamento e testagem para o HIV em gestantes					
Ações dirigidas a grupos populacionais específicos	Profissionais do sexo				
	Homens que fazem sexo com homens (HSH)				
	Usuários de drogas				
	Usuários de drogas injetáveis (UDI)				
	Presídios e populações confinadas				
	População indígena				
	População de garimpo				
	População de assentamentos rurais				
	Caminhoneiros				
	População em geral				
	Pessoas vivendo com HIV/Aids				
Outros (especificar)					

Orientação

Quanto ao item 2.6.1.1, referente a aquisição de insumos de prevenção, considerar

Quantidade Adquirida: Quantidade de insumos adquiridos pela SES, com recursos próprios.

Quantidade Recebida: Quantidade de insumos recebidos da CN-DST/AIDS

Insumos de Prevenção

Insumos	Quantidade anual adquirida	Quantidade anual recebida	Total anual
Preservativos masculinos			
Preservativos femininos			
Seringas e agulhas descartáveis			
Gel lubrificante			

Análise das ações em promoção e prevenção já realizadas pelo gestor estadual

Para cada ação realizada pela SES comentar:
Estratégias utilizadas
Resultados alcançados
Aquisição e logística de insumos – material educativo, preservativos, seringas, agulhas, outros.

Ações já realizadas para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de HIV/aids e outras DST
Ampliação de acesso e melhoria das unidades de saúde

Ações de ampliação do acesso e melhoria de qualidade dos serviços	Não realizadas	Realizadas por			
		SMS	SES	MS	OSC
PACS					
PSF					
Posto de saúde					
Centro de saúde					
Centro de Testagem Anônima (CTA/COAS)					
Ambulatório de especialidades (Incluindo SAE)					
Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)					
Hospital Convencional					
Hospital-Dia (HD)					
Exames laboratoriais e exames complementares	Triagem para HIV				
	Confirma-tório	W. Blot			
		Imunof.			
	CD4 e CD8				
	Carga Viral				
Infecções Oportunistas					
Medicamentos ARV	Dispensação				
Doenças Sexualmente Transmissíveis	Atendimento UBS				
	Serviços e clínicas				
	Exames laboratoriais				
	Dispensação de medicamentos				

Síntese e conclusões sobre as ações de ampliação do acesso e melhoria de qualidade dos serviços já realizadas pelo gestor estadual

Para cada ação realizada pela SES comentar:
Estratégias utilizadas
Resultados alcançados
Aquisição de equipamentos

Reformas e ampliações

Ampliação de acesso e melhoria dos serviços às pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST

Ações de melhoria de acesso e da Qualidade dos serviços às pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST		Não Realizada	Realizada por			
			SMS	SES	MS	OSC
Atenção às gestantes	Pré-Natal de gestante HIV+					
	Parto de gestante HIV+					
Exames laboratoriais e exames complementares	CD4 e CD8					
	Carga Viral					
	Radio-diagnóstico					
	Endoscopias					
	Análises clínicas					
Acompanhamento Dos indivíduos HIV (+)	Consulta ambulatorial	Por equipe multiprofissional				
		Por infectologista				
		Por médico clínico				
		Por ginecologista				
		Por pediatra				
	Atividades ambulatoriais	Individual				
		Em grupos				
	Assistência Terapêutica (ADT)	Domiciliar				
	Hospital-Dia (HD)	Internação-dia				
	Hospital Convencional	Internações (HIV)				
Medicamentos AIDS e IO	Medicamentos ARV	Prescrição				
		Dispensação				
		Grupos de adesão				
	Medicamentos I.O.	Prescrição				
		Dispensação				

Síntese e conclusões sobre as ações de melhoria de acesso e da qualidade dos serviços às pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST

Para cada ação realizada pela SES comentar:

Estratégias utilizadas

Resultados alcançados

Aquisição e logística de insumos – de laboratórios, para os serviços, Medicamentos I.O. e DST, entre outros

2.6.3 Ações realizadas de desenvolvimento institucional

Ações realizadas de desenvolvimento Institucional	NÃO	SIM E DE MODO	
		Adequado	Inadequado
As ações em HIV/AIDS e outras DST estão inseridas no plano e nas prioridades da Secretaria Estadual de Saúde?			
A Secretaria Estadual de Saúde aplica recursos próprios para as ações em HIV/AIDS e outras DST?			
As ações em HIV/AIDS e outras DST possuem gerenciamento próprio com acompanhamento e avaliação?			
A Secretaria Estadual de Saúde conta com comissão ou grupo de trabalho específico para HIV/AIDS e outras DST?			
As ações de HIV/AIDS e outras DST são apreciadas pelo Conselho de Saúde?			
Existem comissões ou grupos voltados ao HIV/AIDS e outras DST com participação da Sociedade Civil (OSC)?			

São realizadas atividades de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para as ações em HIV/AIDS e outras DST (própria Secretaria)?			
São realizadas atividades de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para as ações em HIV/AIDS e outras DST em UNIVERSIDADES?			
Realização de atividades específicas de vigilância epidemiológica em HIV/AIDS e outras DST	Notificação de casos de Aids		
	Notificação das DST		
	Notificação de sífilis congênita		
	Elaboração de relatórios ou boletins anuais sobre a situação do HIV/AIDS no estado		
	Vigilância do HIV		
	Notificação gestante HIV(+) e crianças expostas / Sífilis Congênita		
	Outros (especificar)		

Para cada ação realizada pela SES comentar os aspectos positivos e negativos e os avanços alcançados.
Quanto às comissões ou grupos com participação da Sociedade Civil, caracterizar o seu papel e a dinâmica de funcionamento

2.6.4 Ações de parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC)

Ações de parceria OSC	SIM	NÃO
O estado realiza ações em parcerias em HIV/AIDS e outras DST com Organizações da Sociedade Civil (OSC)		
O estado possui legislação para realização de parcerias com OSC em relação a:	Concorrência e Seleção Pública	
	Elaboração de contratos e convênios	
	Inclusão de recursos no orçamento estadual	
Existe no governo setor(es) responsável(is) para a realização de contratos ou convênios com OSC		
Existem instâncias para pactuação e discussão de parcerias com OSC		
As Parcerias realizadas são avaliadas e acompanhadas por:	Setor responsável pelas ações em HIV/AIDS e outras DST	
	Secretário Estadual de Saúde	
	Fórum estadual de ONG/AIDS	
	Conselho de Saúde	
O Plano Estratégico de HIV/AIDS e outras DST do estado contempla os projetos e/ou ações das OSC		

Instrumentos jurídico-administrativos utilizados nas parcerias
Concorrência () Edital () Portaria () Ordem de Serviço ()
Licitação () Contratos () Convênios () Seleção Pública ()
Setor governamental designado para elaboração de instrumentos para convênios ou contratos
Secretaria de Negócios Jurídicos () Secretaria de Assistência Social ()
Secretaria de Finanças () Secretaria de Administração ()
Secretaria de Saúde () Fundo Social de Solidariedade ()
Gabinete do Governador ()
Outros (especificar):
Natureza jurídica do órgão designado pelo governo para celebração dos convênios e contratos
Governamental () Privado sem fins lucrativos ()
Organismo Internacional () Privado lucrativo ()

CARACTERIZAÇÃO DAS OSC QUE JÁ REALIZAM AÇÕES DE HIV/AIDS E OUTRAS DST NO ESTADO DE
Nome da organização:
Endereço completo:

CNPJ:	
Nome do responsável jurídico da organização:	
CIC:	RG:
Natureza jurídica da organização conforme estatuto ou contrato social:	
Projetos ou ações já desenvolvidos em HIV/AIDS e outras DST:	
Fonte de recursos ou insumos	Governo estadual segundo: Relação oficializada ()
	Relação informal – recebimento de auxílio em espécie()
	Outras fontes, especificar:
RESUMO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS: Caracterizar se atenção e apoio, prevenção, advocacy, Direitos Humanos ou sustentabilidade.	
POPULAÇÕES ABRANGIDAS	
RESULTADOS ALCANÇADOS	

Orientações

ESTARÃO DISPONÍVEIS NA INTERNET (<http://www.aids.gov.br/incentivo>) OS DADOS DAQUELAS OSC COM PROJETOS APOIADOS PELA COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. AS SES DEVERÃO PREENCHER OS DADOS APENAS DAS OSC FINANCIADAS DIRETAMENTE PELO ESTADO, SEM INTERVENIÊNCIA DA CN-DST/AIDS, MESMO DAQUELAS QUE RECEBEM AJUDA INFORMAL, ESPORÁDICA E EM ESPÉCIE.

<p>Comentários e conclusões acerca das parcerias com OSC</p> <p>Orientações mais detalhadas sobre suas conclusões poderão ser obtidas no Anexo 03</p> <p>Para suas conclusões considerar ainda:</p> <p>A Organização das OSC com ações em HIV/AIDS no estado</p> <p>A capacidade gerencial da SES na realização de parcerias</p> <p>Os pontos positivos e negativos das parcerias</p> <p>Os resultados já alcançados</p> <p>Quais os projetos que necessitam ter continuidade diante do quadro epidemiológico da AIDS</p>
--

Ações e metas

O método de planejamento de Ações e Metas, indicado a seguir, será desenvolvido em Etapas de acordo com as indicações do Manual, constituindo-se de:

ETAPAS

Levantamento de prioridades

Definição dos resultados esperados

Estabelecimento de metas

Definição das ações prioritizadas, definições das ações a serem desenvolvidas, período de execução das ações a serem desenvolvidas e dos respectivos recursos financeiros a serem aplicados

Lógica da Programação

Área de Atuação (Primeiro nível de agregação do Plano)

Área Temática (Segundo nível de agregação do Plano. Para cada área de atuação pode existir uma ou mais áreas temáticas).

Prioridades (Tabela auxiliar para ajuda no mapeamento das prioridades das ações dentro das áreas temáticas e áreas de atuação)

Resultado (terceiro nível de agregação do Plano. Para cada Área Temática pode existir um ou mais Resultados).

Meta (quarto nível de agregação do Plano. Para cada Resultado pode existir uma ou mais metas).

Ação (quinto nível de agregação do Plano. Para cada Meta pode existir uma ou mais ações).

Em cada uma destas Etapas serão indicados os conceitos utilizados, indicado Como Fazer para preenchimento das planilhas. Quanto a estes últimos recorda-se mais uma vez que nem todos serão inseridos na documentação do PAM a ser anexada ao processo de solicitação da qualificação dos gestores públicos, uma vez que muitas planilhas serão indicadas como auxiliares ao processo de planejamento.

ANTES DE CONTINUAR AVALIE QUE TIPO DE PLANO SERÁ APRESENTADO

Considerando que o gestor público, de acordo com sua capacidade gerencial e institucional, pode apresentar o PAM com abrangências distintas de priorização (Item 3 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids - Nº 01/2002), torna-se necessário realizar uma auto avaliação desses aspectos.

Deste modo introduziu-se o formulário abaixo para auxiliar o gestor e os demais níveis do SUS na avaliação da referida capacidade. Após o preenchimento do mesmo o gestor estará apto a decidir como irá direcionar a elaboração do conjunto de ações e metas.

Orientações

O formulário a seguir levanta informações sobre o gestor público na perspectiva de detectar sua organização administrativa, bem como os recursos críticos que permitem sua Qualificação quanto a abrangência das ações a serem implementadas. Alguns dados podem parecer repetitivos uma vez que se busca concentrar aqui os dados sobre capacidade institucional e gerencial.

É muito importante que o gestor faça uma análise criteriosa de sua capacidade institucional de modo a evitar a apresentação de um plano, ou a solicitação de recursos, que não possui capacidade de implementar, uma vez que o PAM será acompanhado e avaliado pelos níveis governamentais e de pactuação.

AUTO AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL E GERENCIAL

1 - Instâncias de Controle Social	SIM	EM FASE DE ORGANIZAÇÃO	NÃO
Conselho de Saúde constituído, conforme legislação, e em pleno funcionamento			
Comissão Interinstitucional de DST/Aids			
Já realizou conferências de saúde			
Já realizou conferências específica de DST/Aids			
Fórum de ONG/AIDS organizado e funcionando			
Grupo ou comissão de OSC que atua em HIV/Aids e DST			
2 - Estrutura Organizacional da Secretaria	SIM	EM FASE DE ORGANIZAÇÃO	NÃO
Organograma formalmente aprovado			
Técnico ou grupo técnico responsável pelas ações de HIV/Aids e outras DST inserido na estrutura formal da secretaria			
Área, grupo técnico ou técnico de planejamento			
Orçamento próprio da saúde			
Recursos destinados às ações de HIV/Aids e outras DST incluídos no orçamento da saúde			
Fundo de saúde formalmente organizado			
Autonomia para gerenciar os recursos do Fundo de Saúde			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pelo planejamento de compra de materiais e insumos			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pelo controle de uso de materiais e insumos			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pelo planejamento e controle de medicamentos			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pelo planejamento e controle dos contratos e convênios da secretaria			
Alimenta os Bancos de Dados do Ministério da Saúde	SIA		
	SIH		
	SINAN		
	SIM		
	SINASC		
	SISCEL		
	SICLOM		
Possui algum sistema de informação sobre o atendimento realizado nos serviços sob sua gestão			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pela coordenação dos serviços assistenciais			
Área, grupo técnico ou técnico responsável pela coordenação dos serviços em HIV/Aids e outras DST			
Área, grupo técnico ou técnico de vigilância epidemiológica			

Vigilância epidemiológica do HIV, AIDS e as principais DST			
Área, grupo técnico ou técnico responsável por ações de educação em saúde			
Área, grupo técnico ou técnico responsável por ações de educação em HIV/Aids e outras DST			
3 – Serviços de Assistência sob Gerenciamento da Secretaria	N.º UNIDADES	EM FASE DE PACTUAÇÃO	NÃO POSSUI
Equipes de PSF ou PACS			
Postos e Centros de Saúde			
Ambulatórios de atenção especializada	Cl. Médica, Pediatria, Cl. Cirúrgica ou GO		
	HIV/Aids e outras DST		
	De média complexidade		
	De alta complexidade		
Exames laboratoriais e exames complementares	Para atenção básica		
	De média complexidade		
	De alta complexidade		
Serviços de internação	Cl. Médica, Pediatria e GO		
	Alto custo e complexidade		
Serviços de referência para internação de pessoas vivendo com HIV/Aids			
Serviços de reabilitação			
4 – Recursos Humanos em Saúde Presentes nos Serviços	SIM	EM FASE DE CONTRATAÇÃO	NÃO
Agentes comunitários de saúde			
Médicos	Clínico geral ou médico de família		
	Pediatra e ginecologista		
	Infectologista		
	Especialistas		
Pessoal de enfermagem	Enfermeira		
	Técnico de enfermagem		
	Auxiliar de enfermagem		
Outros técnicos	Psicólogo		
	Farmacêutico		
	Técnico de laboratório		
5 – Recursos Tecnológicos e Físicos	SIM	EM FASE DE ADEQUAÇÃO	NÃO
Equipamentos e instrumentais adequados para:	Unidades Básicas de Saúde		
	Serviços Ambulatoriais Especializados		
	Laboratórios		
	Serviços de Internação		
Espaço físico adequado para	Unidades Básicas de Saúde		
	Serviços Ambulatoriais Especializados		
	Laboratórios		
	Serviços de Internação		

Como avaliar os dados

Caso o Gestor não possua Conselho de Saúde e Fundo de Saúde, não poderá apresentar o PAM pois são exigências sua aprovação pelo Conselho e possuir Fundo de Saúde para recebimento do recurso

O Gestor deverá apresentar seu PAM centrado em Ações e Metas de desenvolvimento da Capacidade Institucional e Gerencial caso tenha assinalado a maioria das seguintes opções:

Item 2 Estrutura Organizacional –

Técnico ou grupo técnico responsável pelas ações de HIV/Aids e outras DST inserido na estrutura formal da secretaria;

Área, grupo técnico ou técnico responsável pelo planejamento e controle de medicamentos;

Alimenta os Bancos de Dados do Ministério da Saúde: SINAN, SISCEL, SICLOM e SI-CTA

Área ou grupo técnico ou técnico de vigilância epidemiológica

Item 5 Recursos Tecnológicos e Físicos

Espaço físico adequado para: Serviços Ambulatoriais Especializados e Laboratórios.

No caso de dúvidas, para uma decisão final, deve ser consultada a Coordenação Nacional DST-AIDS.

Definição de prioridades

Conceitos

Definir prioridades é o ato de decidir, entre um conjunto, no nosso caso de Ações em HIV/Aids e outras DST, quais iremos colocar em primeiro lugar para serem realizadas. No entanto, o ato de priorizar, em planejamento, deve levar em conta o diagnóstico da situação, isto é a situação da Epidemia da AIDS no território, e deve observar também o maior número possível de fatores que provocam esta situação.

Neste sentido, o ato de priorizar leva em conta também a possibilidade de podermos intervir na situação encontrada e em suas causas de modo que seja possível buscar resultados positivos. Priorizar sem buscar a mudança da situação encontrada não possui qualquer utilidade prática.

No caso do PAM, para definição e eleição de prioridades do Plano de Ações e Metas, propõe-se a utilização do quadro a seguir que resume as principais Áreas de Atuação e Áreas Temáticas já priorizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids.

A utilização deste quadro é imprescindível para articular e integrar as Ações dos três níveis de governo de modo que possamos atuar efetivamente sobre a epidemia de AIDS tanto no território dos municípios, quanto dos estados e no território nacional. Para o conhecimento detalhado do que está incluído em cada Área Temática consulte a listagem na seqüência do quadro, que irá ajudá-lo na definição de prioridades.

QUADRO DE REFERÊNCIA PARA DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES, RESULTADOS E METAS DO PAM

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas
Promoção Prevenção e Proteção	Informação, Educação e Comunicação
	Promoção de Práticas Sexuais Seguras
	Redução de Danos Pelo Uso de Drogas
	Redução da Transmissão Vertical / Sífilis Congênita
	Serviços de Prevenção
Diagnóstico Tratamento e Assistência	Promoção de Direitos Humanos
	Atenção à Gestante HIV (+) e às Crianças Expostas ao HIV/ Sífilis Congênita
	Atenção às pessoas vivendo com HIV;AIDS
	Atenção aos Portadores de DST
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial
	Gerenciamento de Projetos
	Gerenciamento e Estabelecimento de Parcerias
	Gerência de Recursos
	Logística de Insumos
	Sistema de Informação
Parcerias com OSC	Vigilância Epidemiológica
	Treinamento de Recursos Humanos
	Promoção e Prevenção
	Promoção de Direitos Humanos
	Atenção e Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/aids
Sustentabilidade	
Advocacy e Controle Social	

QUADRO DE DETALHAMENTO DAS ÁREAS TEMÁTICAS EM HIV/AIDS E DST

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO

IEC (Informação, Educação e Comunicação): atividades informativas pontuais de massa envolvendo a mídia escrita e falada e a produção de material instrucional para a população em geral e para populações mais vulneráveis e de risco acrescido, considerando os materiais já existentes em órgão governamentais e não-governamentais.

Promoção de práticas sexuais seguras: intervenções para mudanças de comportamento, atitudes e práticas sexuais voltadas para a população em geral e para as populações mais vulneráveis e de risco acrescido, incentivando a participação das OSC e de agentes comunitários e pares.

Redução de danos de uso de drogas: intervenção para mudanças de comportamento, atitudes, práticas sexuais e a adoção de práticas seguras no uso de drogas, incentivando a participação das OSC e de agentes comunitários e pares.

Redução da transmissão vertical / Sífilis Congênita: inclusão das práticas de aconselhamento e testagem anti-HIV no pré-natal, além de vigilância às gestantes HIV + e às crianças expostas / Sífilis Congênita.

Serviços de Prevenção: atividades preventivas na rede de serviços de saúde, especialmente, CTA/COAS, CTA volante e Disque-Aids, dentre outros e, também, desenvolvimento de práticas de aconselhamento.

Promoção de Direitos Humanos: inclui a realização de atividades informativas sobre os direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids e a promoção da cidadania, incluindo a prática das assessorias jurídicas mantidas por organizações da sociedade civil.

Outras: áreas temáticas definidas pela equipe local que não se enquadram em nenhuma das anteriores.

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA

Atenção à gestante HIV positiva e às crianças expostas ao HIV / Sífilis Congênita: desenvolvimento das práticas de aconselhamento e ampliação do acesso ao pré-natal e a garantia de aplicação do protocolo ACTG 076.

Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS: desenvolvimento das práticas de aconselhamento e das atividades que visam estruturar e hierarquizar a rede de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, incluindo sistema de referência e contra-referência, com ênfase nas co-infecções (Tbc, Hepatites e endemias).

Atenção aos portadores de DST: desenvolvimento das práticas de aconselhamento e atividades que visam estruturar e hierarquizar a rede de atenção aos portadores de DST, incluindo sistema de referência e contra-referência.

Diagnóstico e acompanhamento laboratorial: fortalecimento da rede laboratorial para diagnóstico das infecções oportunistas, quantificação da carga viral, contagem de linfócitos T CD4/CD8 e genotipagem do HIV.

Outras: áreas temáticas definidas pela equipe local, que não se enquadram em nenhuma das categorias anteriores.

DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E GESTÃO

Gerenciamento de Projetos: ações e atividades de planejamento e elaboração de projetos, de execução e implementação de projetos, de monitoramento e avaliação de projetos, de reprogramação de projetos, de coordenação de projetos específicos dos gestores e dos executores, incluindo os municípios e as OSC.

Gerenciamento e estabelecimento de parcerias: articulação política, técnica, científica e financeira com diferentes instituições governamentais, organizações da sociedade civil e dos diversos setores da sociedade para ampliar a sustentabilidade, a institucionalização e a efetividade das ações.

Gerência de recursos: inclui recursos físicos, materiais e humanos, orçamentários e financeiros.

Logística de insumos: conjunto de atividade que visa manter o abastecimento da rede de serviços no que se refere a todos os suprimentos necessários ao desenvolvimento das ações de DST e HIV/Aids, incluindo:

Preservativos masculinos e femininos

Medicamentos

Kit de redução de danos

Equipamentos de proteção individual (EPI)

Kit para testes laboratoriais

Material permanente

Material de consumo para laboratório, escritório, informática, etc.

Material de informação,

Educação e prevenção e outros.

Sistema de informação: disponibiliza informações para tomada de decisões gerencial, setorizada de acordo com a sua natureza – epidemiologia, serviços, recursos físicos, materiais, humanos, orçamentários e financeiros – dando suporte ao planejamento, acompanhamento, avaliação e controle das ações e atividades.

Vigilância Epidemiológica: inclui estudos de prevalência e incidência de DST e HIV e estudos comportamentais.

Treinamento de Recursos Humanos: ações e atividades em treinamentos, reciclagem, atualização, capacitação e outras situações, mediante oficinas de trabalho, seminários, reuniões técnicas, encontros e outras formas de capacitações envolvendo todas as áreas de atuação e suas respectivas áreas temáticas, para todos os executores, atores e populações alvo.

Outras: áreas temáticas definidas pela equipe local, que não se enquadram em nenhuma das categorias anteriores.

PARCERIAS COM OSC

Promoção e Prevenção:

Apoiar ações que favoreçam as iniciativas das pessoas, possibilitando que influam na sua saúde e não se restrinjam ao uso dos serviços. Promover a saúde junto a um determinado grupo e ajudá-lo a desenvolver consciência, capacidade e confiança necessárias para que as pessoas possam compreender e responder a suas próprias necessidades em matéria de saúde.

Apoiar ações e projetos que ajudem às pessoas vivendo com HIV/aids a gerir melhor sua condição de saúde. Retardando o aparecimento de infecções oportunistas ligadas à aids, devido a mudança de hábitos cotidianos, ou mesmo no que se refere à melhoria no acesso aos serviços, aos tratamentos, aos cuidados e ao apoio social.

Apoiar ações de prevenção à aids para a população em geral e mais detidamente para as populações em maior risco, em geral com maiores dificuldades no acesso aos serviços. Todas as ações devem estar sintonizadas com as diretrizes da CN-DST/Aids e incluir a distribuição de insumos como preservativos masculinos e femininos, gel, seringas descartáveis etc., atendendo a seu público alvo.

Promoção de Direitos Humanos:

Apoiar iniciativas que contribuam para reduzir ou superar preconceitos ou barreiras sociais que atingem às pessoas vivendo com HIV/aids, às pessoas que possuem comportamentos que podem lhes colocar em maior risco no que se refere à exposição ao vírus HIV, aquelas que são afetadas e as que se deparam com dificuldades para chegar aos serviços de saúde.

Apoiar iniciativas que permitam a diminuição de preconceitos sociais quanto à soropositividade, orientação sexual, sexo, situação econômica, cultural e social das pessoas. Por exemplo: reinserção ao trabalho; acesso à assistência e tratamento para mulheres soropositivas etc.

Apoiar iniciativas que visem os direitos de cidadania de pessoas vivendo com HIV/aids e daquelas populações em maior risco, devido a condições sociais adversas.

PARCERIAS COM OSC (continuação)

Atenção e apoio às pessoas vivendo com HIV/aids: Apoiar projetos que atendam a casas de apoio para pessoas vivendo com aids, atentando para sua atuação e clientela; a) no caso de adultos, se as casas podem vir a se tornar casas de passagem e se é possível trabalhar em conjunto com as Secretarias de Assistência Social, DEAM ou demais setores que possam ser co-

responsáveis no processo; b) no caso de crianças, que atentem para as questões referentes a adoções. Apoiar ações e projetos de OSC que mantêm grupos de ajuda mútua, grupos de adesão ao tratamento e/ou ações que criem interseções com os setores de saúde mental, tuberculose, hepatites, entre outras.

Sustentabilidade:

1 - Institucional

Nesse ponto, os gestores estaduais deverão se comprometer com o processo de descentralização dos projetos que estão sob a gestão financeira da CN-DST/Aids - Ministério da Saúde – e incluí-los na dinâmica estadual e nas relações com os municípios.

Apoiar ações e projetos que visem a capacitação de pessoas que atuam nas OSC, sejam voluntárias ou remuneradas em seu quadro de recursos humanos, visando a gestão e a sustentabilidade da mesma;

Apoiar ações e projetos que contribuam na manutenção da estrutura organizacional.

2 - Política

Apoiar iniciativas que promovam o desenvolvimento de parcerias entre organizações governamentais ou não, assim como entre a saúde e outros setores, que apontem contribuições para as respostas à epidemia no estado e/ou município;

Apoiar iniciativas que venham a contribuir na realização e avaliação dos programas locais (estadual/municipal);

Apoiar iniciativas que facilitem o diálogo com organizações que possuem uma tradição em Educação Popular em Saúde.

PARCERIAS COM OSC (continuação)

Sustentabilidade(cont.):

3 - Financeira

Apoiar ações que ampliem a diversificação de fontes orçamentárias das OSC. As instâncias governamentais devem estar atentas para possíveis mediações e aproximações entre OSC e empresas e universidades, entre outras, visando apoio financeiro, mas também a transferência de conhecimento especializado nessa área (sustentabilidade);

Apoiar ações que, através da geração de renda, contribuam para a reinserção social de pessoas vivendo com HIV/aids e de pessoas em maior risco para infecção pelo HIV.

Advocacy e Controle social:

Entende-se os conceitos de Advocacy e controle social como complementares. O primeiro possui um caráter propositivo, enquanto o segundo exerce um papel de ‘fiscalizador’.

1 - Advocacy

Apoiar iniciativas que fortaleçam lideranças, promovam articulações entre OSC, a defesa de interesses que influencie nas políticas públicas, especialmente no diálogo com o Poder Legislativo;

Apoiar iniciativas que promovam a criação de parcerias, coalizões, redes comunitárias que fortaleçam as respostas governamentais ou não no enfrentamento da epidemia, contribuindo para reduzir ou eliminar as situações de discriminação e de pobreza, a homofobia e as mazelas associadas à aids, assim como aquelas advindas do cenário social marcado pelo surgimento da epidemia no Brasil.

2 - Controle social

Apoiar ações e projetos que venham a capacitar os ativistas no entendimento da estrutura do SUS;

Apoiar ações e projetos que visem a ampliação da participação das OSC que trabalham com aids nos Conselhos de Saúde;

Apoiar ações e projetos que problematizem as parcerias entre as OSC e as instâncias do SUS.

Como Fazer:

Para a eleição de prioridades, a partir do quadro indicado, sugere-se a utilização da planilha a seguir que permite avaliar o que o gestor já realizou, o que deve ter continuidade e as novas ações a serem desenvolvidas em cada área de atuação. Além disso a planilha permite realizar uma análise mínima de prioridades a serem implementadas ou desenvolvidas.

Para utilização dessa planilha deverão ser levados em conta os dados, comentários e conclusões que foram indicados até o momento, bem como os resultados que se pretendem alcançar com a implementação de projetos e ações em HIV/AIDS e outras DST.

Ao analisar as prioridades (ALTA, MÉDIA ou BAIXA prioridade) deverão ser considerados os resultados e os impactos que efetivamente poderão ser obtidos para o controle da epidemia no território do estado ou do município. Ou seja, o potencial de mudança da situação e o do perfil da epidemia que a área temática apresenta.

Priorização de ações pelo gestor segundo áreas de atuação e áreas temáticas

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Existência de ações desenvolvidas nesta área		Necessidade em continuar ou desenvolver ações nesta área		Prioridade em implementar ações nesta área (impacto)		
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Promoção Prevenção e Proteção	Informação, Educação e Comunicação							
	Promoção de Práticas Sexuais Seguras							
	Redução de Danos Pelo Uso de Drogas							
	Redução da Transmissão Vertical / Sífilis Congênita							
	Serviços de Prevenção							
	Promoção de Direitos Humanos							

Diagnóstico Tratamento e Assistência	Atenção à Gestante HIV (+) e às Crianças Expostas ao HIV/ Sífilis Congênita								
	Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS								
	Atenção aos Portadores de DST								
	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial								
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Gerenciamento de Projetos								
	Gerenciamento e Estabelecimento de Parcerias								
	Gerência de Recursos								
	Logística de Insumos								
	Sistema de Informação								
	Vigilância Epidemiológica								
	Treinamento de Recursos Humanos								
Parcerias com OSC	Promoção e Prevenção								
	Promoção de Direitos Humanos								
	Atenção e Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/aids								
	Sustentabilidade								
	Advocacy e Controle Social								

Definição dos Resultados Esperados

Conceitos

A partir da análise realizada anteriormente deverão ser indicadas quais as Ações que serão realizadas, observando a avaliação de ALTA e MÉDIA prioridade. Para tanto, lembramos que uma Ação é constituída por um conjunto de atividades e processos de trabalho que buscam alcançar determinados Resultados sobre a epidemia.

Deste modo, o método de planejamento que propomos inicia-se com a definição dos Resultados Esperados para posteriormente definir as Ações, uma vez que o que buscamos - os Resultados - é que devem orientar aquilo que iremos fazer (as Ações).

Falando de outro modo, os Resultados Esperados se constituem no que desejamos alcançar, tendo em vista o diagnóstico levantado, os problemas, as inadequações e os estrangulamentos detectados. O Resultados não devem ser quantificados. Essa quantificação se dará nas Metas.

Ou ainda, os Resultados Esperados são aqueles pontos de melhoria que de antemão vislumbramos e que percebemos que podem ser implementados, a partir da análise da situação e da resposta do gestor público.

Como Fazer:

Assim considerando o quadro anterior liste os Resultados Esperados para cada Área Temática. Observe que pode ser indicado mais de um Resultado Esperado para cada Área Temática, de acordo com os dados que você analisou. A planilha é uma indicação que poderá ser ampliada ou reduzida conforme necessidade.

Listagem dos Resultados Esperados

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados
Promoção Prevenção e Proteção	Informação, Educação e Comunicação	
	Promoção de Práticas Sexuais Seguras	
	Redução de Danos Pelo Uso de Drogas	
	Redução da Transmissão Vertical / Sífilis Congênita	
Serviços de Prevenção		

	Promoção de Direitos Humanos	

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados
Diagnóstico Tratamento e Assistência	Atenção à Gestante HIV (+) e às Crianças Expostas ao HIV / Sífilis Congênita	
	Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS	
	Atenção aos Portadores de DST	
	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial	

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Gerenciamento de Projetos	
	Gerenciamento e Estabelecimento de Parcerias	
	Gerência de Recursos	
	Logística de Insumos	
	Sistema de Informação	
	Vigilância Epidemiológica	
	Treinamento de Recursos Humanos	

OBSERVAÇÃO:

Para Parcerias com OSC devem ser preenchidas as planilhas constantes no item 3.4.2

Estabelecimento de Metas**Conceitos**

Para a definição das Ações a serem realizadas devem ser definidas Metas vinculadas ao Resultado Esperado. A Meta é a quantificação do Resultado Esperado, aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do Plano.

Os Resultados Esperados devem estar descritos no participio do passado, e assim como as Metas devem refletir uma condição alcançada ao final da execução / implementação do Plano de Ações e Metas (PAM).

Por Exemplo

No levantamento e análise de dados posso ter observado que o número de casos de AIDS em gestantes tem aumentado nos últimos anos, detecto que o acesso e o oferecimento de serviços para este grupo populacional é muito baixo e ainda que os médicos responsáveis pelo Pré-natal não se preocupam com a detecção precoce do HIV.

Neste caso poderia desenhar como Resultado Esperado:

Acesso ao pré-natal e a cobertura de prevenção do HIV/Aids das gestantes do meu território elevados em 2003.

E como Meta poderia indicar:

Em 2003 pelo menos 80% das gestantes tendo acesso ao pré-natal e ao aconselhamento e diagnóstico do HIV.

Como Fazer:

Utilize a planilha a seguir. Para cada Resultado Esperado indique o conjunto de uma ou mais Metas a serem alcançadas, por Área de Atuação e Área Temática. A planilha é uma indicação que poderá ser ampliada ou reduzida conforme necessidade.

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados	Metas
Promoção Prevenção e Proteção	Informação, Educação e Comunicação		
	Promoção de Práticas Sexuais Seguras		
	Redução de Danos Pelo Uso de Drogas		
	Redução da Transmissão Vertical / Sífilis Congênita		
	Serviços de Prevenção		
	Promoção de Direitos Humanos		

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados	Metas
Diagnóstico Tratamento e Assistência	Atenção à Gestante HIV (+) e às Crianças Expostas ao HIV / Sífilis Congênita		
	Atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS		
	Atenção aos Portadores de DST		
	Diagnóstico e Acompanhamento Laboratorial		

Áreas de Atuação	Áreas Temáticas	Resultados Esperados	Metas	
Desenvolvimento Institucional e Gestão	Gerenciamento de Projetos			
	Gerenciamento e Estabelecimento de Parcerias			
	Gerência de Recursos			
	Logística de Insumos			
	Sistema de Informação			
	Vigilância Epidemiológica			
	Treinamento de Recursos Humanos			

Definição das Ações

Conceitos

Em seguida, para cada Meta definida, deverão ser detalhadas as principais Ações a serem implementadas. Neste aspecto sugere-se observar as seguintes orientações.

Ação é um conjunto de atividades, ou processos de trabalho desenvolvidos, visando alcançar a Meta.

Retomando o exemplo do item 3.3 teríamos:

No levantamento e análise de dados posso ter observado que o número de casos de Aids em gestantes tem aumentado nos últimos anos, detecto que o acesso e o oferecimento de serviços para este grupo populacional é muito baixo e ainda que os médicos responsáveis pelo pré-natal não se preocupam com a detecção precoce do HIV.

Neste caso indicamos como Resultado Esperado:

Acesso ao pré-natal e a cobertura de prevenção do HIV/Aids das gestantes do meu território elevados em 2003.

E como Meta:

Em 2003 pelo menos 80% das gestantes tendo acesso ao pré-natal e ao aconselhamento e diagnóstico do HIV.

Para as Ações poderíamos indicar:

Realizar treinamento dos médicos responsáveis pelo pré-natal em prevenção do HIV/Aids

Realizar trabalho educativo junto às equipes de saúde e às mulheres em idade fértil sobre a necessidade de prevenção do HIV/Aids

Fazer:

Na planilha, indicada a seguir, serão definidas as Ações. Observar que as Ações devem ser indicadas para cada uma das Metas (informadas na planilha anterior) e que as Metas referem-se a um Resultado Esperado. Por sua vez o Resultado Esperado está relacionado a uma Área Temática, a qual está relacionada a uma Área de Atuação. Relembrar o esquema no Item 3 acima. Ou seja, deve ser preenchido uma planilha para cada Resultado Esperado de cada área temática e de cada área de atuação. A planilha é uma indicação que poderá ser ampliada ou reduzida conforme necessidade. A Previsão de Recursos será realizada posteriormente.

PLANILHA DE AÇÕES PRIORIZADAS POR ÁREA DE ATUAÇÃO			
Área de Atuação:	Prom/Prev ()	Assistência ()	Des. Instit. ()
Área Temática:			
Resultado Esperado:			

Metas a serem atingidas	Ações prioritizadas
1.	a)
	b)
2.	a)
	b)
3.	a)
	b)
4.	a)
	b)
5.	a)
	b)
6.	a)
	b)

Definição do(s) meio(s) de verificação das ações, período de execução e recursos financeiros a serem aplicados

A partir das Metas e do seu conjunto de Ações é necessário indicar os recursos que serão alocados para a sua efetiva implantação bem como o custo destes recursos, de modo que seja possível planejar como os recursos financeiros da Política de Incentivo devem ser utilizados para que sejam atingidos os Resultados e as Metas propostos.

Para tanto é possível utilizar vários métodos que os profissionais de planejamento orçamentário e de contabilidade já desenvolveram. Deste modo, pode ser solicitado auxílio à área de planejamento orçamentário de sua secretaria ou do órgão governamental responsável.

No entanto, mesmo para que estes setores ou profissionais auxiliem no planejamento de recursos é necessário indicar que elementos podem ser considerados para estes cálculos. Assim, indicamos na tabela a seguir, os principais elementos que podem ser incluídos nos cálculos dos recursos financeiros.

Utilizando os elementos indicados devem ser calculados os recursos necessários, que serão colocados na planilha seguinte, levando-se em conta Área de Atuação, Área Temática, Metas e respectivas Ações. Neste aspecto para cálculo dos recursos próprios a serem aplicados pelas secretarias, utilizar as seguintes regras conforme item 4.2 e sub-item 4.2.1 da Portaria da Política de Incentivo de HIV/AIDS:

Municípios novos não participantes do Projeto Aids II

Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste – Valor do Incentivo x 0,15 / 0,85

Regiões Sul e Sudeste – Valor do Incentivo x 0,25 / 0,75

Posteriormente deverá ser definido o período de execução para cada uma das Ações indicadas nesta mesma planilha.

QUADRO DE ITENS FINANCIÁVEIS COM RECURSOS DO INCENTIVO E RECURSOS PRÓPRIOS

RECURSOS DO INCENTIVO	RECURSOS PRÓPRIOS
RECURSOS HUMANOS	
Pessoal apenas para Desenvolvimento Institucional: Horas de trabalho de pessoal a ser contratado, podendo ser: Pessoa física por serviços prestados	Pessoal apenas para Desenvolvimento Institucional: Técnico(s) já contratado(s) Horas de trabalho de pessoal a ser contratado, podendo ser: Funcionário da SES ou SMS Pessoa física por serviços prestados
INSUMOS E MATERIAIS DE CONSUMO	
Insumos para promoção e prevenção; Kits; Instrumentais e produtos de laboratório; Material de escritório.	Medicamentos IO e para as DST Insumos para promoção e prevenção; Kits; Instrumentais e produtos de Laboratório; Material de escritório; Preservativos.

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES	
Equipamentos e materiais permanentes a serem adquiridos, com a especificação mínima do que será comprado	Equipamentos e materiais permanentes a serem adquiridos, com a especificação mínima do que será comprado
REFORMAS E ADAPTAÇÕES	
Pequenas reformas ou adaptações de espaços físicos de acordo com projeto desenvolvido	Pequenas reformas ou adaptações de espaços físicos de acordo com projeto desenvolvido
SERVIÇOS DE TERCEIROS	
Serviços de terceiros, de Pessoa física ou jurídica, incluindo: Locação de espaços e equipamentos; Elaboração, Produção e Distribuição de material de informação e educação; Compra de espaço publicitário; Passagens e diárias; Compra de determinado serviço de pessoa jurídica; Outros.	Serviços de terceiros, de Pessoa física ou jurídica, incluindo: Locação de espaços e equipamentos; Elaboração, Produção e Distribuição de material de informação e educação; Compra de espaço publicitário; Passagens e diárias; Compra de determinado serviço de pessoa jurídica; Outros.

PLANILHA DE MEMÓRIA DE CÁLCULO (Esta planilha não é de preenchimento obrigatório e sim de auxílio para preenchimento dos recursos financeiros)			
Área de Atuação:	Promoção, Prevenção e Proteção ()	Diagnóstico, Tratamento e Assistência ()	Desenvolvimento Institucional e Gestão ()
Área Temática			
Resultado Esperado			
Meta			

Ações prioritizadas	Especificação do Insumo	Qtde.	Custo Unit.	Custo Total
TOTAL				

Para preenchimento da planilha de ações a serem desenvolvidas por Área de Atuação, Período de Execução e Recursos Financeiros (a seguir) é necessário que se estabeleçam, também, meios para o monitoramento / acompanhamento de sua implementação e a verificação do grau de atingimento das mesmas.

Assim sendo, para cada uma das Metas estabelecidas no PAM deve(m) ser associados(s) Meio(s) de Verificação.

Retomando o exemplo do item 3.3 teríamos:

No levantamento e análise de dados posso ter observado que o número de casos de AIDS em gestantes tem aumentado nos últimos anos, detecto que o acesso e o oferecimento de serviços para este grupo populacional é muito baixo e ainda que os médicos responsáveis pelo pré-natal não se preocupam com a detecção precoce do HIV.

Neste caso indicamos como Resultado Esperado:

Acesso ao pré-natal e a cobertura de prevenção do HIV/Aids das gestantes do meu território elevados em 2003.

E como Meta:

Em 2003 pelo menos 80% das gestantes tendo acesso ao pré-natal e ao aconselhamento e diagnóstico do HIV.

E como Meio de Verificação poderíamos indicar:

Nº de gestantes aconselhadas e testadas x 100

Nº total de gestantes

PLANILHA DE AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS POR ÁREA DE ATUAÇÃO, PERÍODO DE EXECUÇÃO E RECURSOS FINANCEIROS			
Área de Atuação:	Promoção, Prevenção e Proteção	Diagnóstico, Tratamento e Assistência	Desenvolvimento Institucional e Gestão
Área Temática:			
Resultado Esperado:			

Metas a serem atingidas	Ações a serem desenvolvidas	Período de Execução		Recursos Financeiros		
		De (mês)	A (mês)	Incentivo	Próprios	Total
1.	a)					
	b)					
	c)					
Meio(s) de verificação:						
2.	a)					
	b)					
	c)					
Meio(s) de verificação:						
3.	a)					
	b)					
	c)					
Meio(s) de verificação:						
TOTAL						

3.4.2 – Parcerias com OSC

Este tópico se aplica ao planejamento dos 10% dos recursos que devem ser destinados às OSC (obrigatório às Secretarias Estaduais e opcional às Secretarias Municipais) e devem ser contabilizados somente àquelas ações que serão executadas diretamente pelas OSC

Sobre as ações de Desenvolvimento Institucional de estados e municípios para aprimoramento do processo de estabelecimento de parcerias com OSC, como: infra-estrutura; processos de descentralização; monitoramento; sistemas de informação; não devem ser utilizados recursos destinados às OSC. Esses devem estar contemplados no planejamento das ações da área de atuação Desenvolvimento Institucional e Gestão.

Para preenchimento deste campo consulte o Anexo 03 (Orientações e Formulário para Estabelecimento de Parcerias com Organizações da Sociedade Civil – OSC no âmbito da Política de Incentivo HIV/AIDS e outras DST)

Descreva como será o processo de estabelecimento de parcerias com as OSC:

Descreva como será o processo de seleção de projetos para financiamento de OSC:

Seleção Pública:

Projetos e/ou ações estratégicos:

Outro tipo:

A CN DST/Aids recomenda que sejam utilizadas as categorias de seleção pública e projetos e/ou ações estratégicos para fins de distribuição dos recursos financeiros.

A categoria Seleção Pública é um processo sistematizado e normatizado a partir de critérios pré-definidos, onde se incluem os projetos orientados para as áreas temáticas e populações prioritárias.

A categoria Projetos e/ou ações estratégicos refere-se àqueles projetos e ou ações que irão cobrir as propostas não incluídas no processo de planejamento, e que portanto, não foram contempladas em Seleção Pública. São projetos e/ou ações que visam responder a uma situação onde não esteja havendo nenhum tipo de intervenção por outra instituição ou haja uma situação de emergência que necessite de uma resposta imediata ou, ainda, em situações onde somente uma instituição possua capacidade de execução e que seja relevante. Inclui-se neste caso os apoios às instâncias de representação e participação, tais como: Fóruns e Redes.

Enumere e descreva as responsabilidades e o papel das instâncias estadual/municipal e OSC no processo de parceria:

Ao estado caberá:

Ao município caberá:

As OSC caberá :

Enumere os critérios para seleção dos projetos segundo categoria

	Seleção Pública	Projetos e/ou ações estratégicos
C R I T É R I O S	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	4.	4.
	5.	5.

Descreva os mecanismos legais que serão utilizados para repasse de recursos para OSC:

Discrimine o total de recursos disponibilizados, segundo a fonte e categoria (em reais)

Categoria	Fonte	
	Incentivo*	Própria
Seleção pública		
Projetos e/ou ações estratégicos		
Total		

* O valor total desta fonte refere-se aos 10% do valor global destinado à UF e está descrito na Tabela de Valores de Referência constante do Anexo 1 da portaria que institui a Política de Incentivo.

Discrimine o Valor Máximo por projeto segundo categoria (em reais)

Categoria	Valor Máximo
Seleção pública	
Projetos e/ou ações estratégicos	

Identifique as ações que serão priorizadas em cada uma das áreas temáticas

Área de Atuação	Área Temática	Ações que serão priorizadas	Período de Execução	
			De (mês)	A (mês)
Parcerias com OSC	Promoção e Prevenção	a)		
		b)		
		c)		
	Direitos Humanos	a)		
		b)		
		c)		
	Atenção e Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/aids	a)		
		b)		
		c)		
	Sustentabilidade	a)		
		b)		
		c)		
	Advocacy e Controle Social	a)		
		b)		
		c)		

Proposta de Recursos Financeiros Globais por Áreas

Áreas de Atuação	Recursos financeiros a serem aplicados

	Incentivo	Recursos Próprios	TOTAL	Percentual do Total Geral
Promoção e Prevenção e Proteção				
Diagnóstico, Tratamento e Assistência				
Desenvolvimento Institucional e Gestão				
Subtotal				
Parcerias com OSC				
Total Geral				100 %

TOTAL DOS RECURSOS	GASTOS CORRENTES (Custeio)	INVESTIMENTO (Capital) *

* Capital = Equipamentos e materiais permanentes.

ANEXO 02 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002

IX Instrumentos do plano de ações e metas para Municípios

Caracterização Global do Município

Identificação do gestor público do SUS

Município		
Unidade Federada:		
Atual condição de Gestão do SUS:		
Situação do município quanto a elaboração de Plano Diretor de Regionalização conforme a NOAS 2002:		
Órgão municipal responsável pela gestão do SUS		
Nome do órgão:		
CNPJ:		
Nome do dirigente do órgão:		
Profissão:	RG:	CPF:
Endereço do órgão:		
Tel.:	Fax:	E-mail:
Órgão responsável pela gestão das ações em HIV/AIDS e outras DST		
Coordenador ou técnico responsável pelas ações em HIV/AIDS e outras DST		
Equipe de apoio responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações municipais em HIV/AIDS e outras DST		
Nome	Área ou setor de atuação	Telefone / e-mail

Dados Demográficos, socioeconômicos e áreas e populações especiais

Dados demográficos e socioeconômicos

Dados populacionais e socioeconômicos	Quantidade	Unid.
População total residente em 2001		Habitantes
Taxa de crescimento anual no período 1991/2000		% ao ano
Taxa de urbanização em 2000		%
Área total do município		Km ²
Densidade populacional em 2000		Hab/ Km ²
Taxa de analfabetismo em 2000		%
Cobertura de abastecimento de água		%
Cobertura de esgotamento sanitário		%

Áreas e populações especiais no município

Áreas e populações especiais no município	Possui	Não possui	População estimada
Áreas de barragem			
Áreas de fronteira			
Área de garimpo			
Áreas militares			
Área portuária			
Áreas ou rota de caminhoneiros			
Áreas de turismo			
Assentamentos rurais			
Reserva extrativista			
Grupos de migração intensa			
População confinada (presídios e outros)			
População indígena			
População de profissionais do sexo			
População de usuários de drogas injetáveis (UDI)			
População de homens que fazem sexo com homens (HSH)			
Pessoas vivendo com HIV/AIDS			
Outra(s)			

Dados epidemiológicos resumidos, relacionados ao HIV/AIDS e outras DST

Dados selecionados	Valor ou número	Período / Ano	Fonte
Ano do diagnóstico do 1º caso de aids			
Ano do diagnóstico do 1º caso de aids em menores de 13 anos			
Razão de sexo			
Taxa de incidência	Ambos os sexos		
	Homens		
	Mulheres		
Grupo etário mais atingido			
Número de pessoas vivendo com HIV/aids * acompanhadas em serviços do município			

Taxa de incidência de Aids no Ano (utilizar sempre o penúltimo ano para que se evite o atraso de notificação)			
Taxa de mortalidade (no último ano disponível)			
Taxa de gravidez precoce (10-15 anos)			
Taxa de incidência da Sífilis Congênita			
Taxa de incidência da Tuberculose (último ano disponível)			

* Pessoas vivendo com HIV/AIDS – pessoas infectadas pelo vírus HIV ou que já desenvolveram a doença aids propriamente dita.

Casos de Aids	Acumulados até dezembro 2001		Notificados em 2001
	Número	Percentual	
Total			
Homens			
Mulheres			
N.º de casos atribuídos à exposição			
Homo/Bissexual			
Heterossexual			
UDI			
Hemo/Transfusão			
Perinatal			
Ignorada			

OBSERVAÇÃO: Devido a problemas na implantação nacional do SINAN Windows (Sistema de Notificação de Agravos) que comprometeram a transferência de dados do nível estadual para o nacional, os dados disponíveis na Internet – Caderno AIDS (<http://www.aids.gov.br/incentivo>) terão o ano de 1999 como referência. Porém, caso os estados e municípios disponham de dados mais atuais, poderão utilizá-los.

Capacidade instalada de serviços que oferecem ações em HIV/aids e outras DST
Orientações

Neste item 1.4 objetiva-se o levantamento da capacidade instalada de unidades e serviços em HIV/Aids e outras DST existentes no município, tanto para as ações de promoção e prevenção (item 1.4.1) quanto para assistência (item 1.4.2).

Para o item 1.4.1 considere como ações de promoção e prevenção os itens indicados a seguir. Caso as unidades ou serviços realizem parte ou todas estas ações assinala com (X).

Campanhas Educativas

Distribuição de materiais educativos

Distribuição de preservativos

Aconselhamento e testagem para o HIV

Aconselhamento e testagem para o HIV em gestantes

Ações dirigidas a grupos populacionais específicos

Profissionais do sexo

Homens que fazem sexo com homens

Usuários de drogas

Usuários de drogas injetáveis (UDI)

Presídios e populações confinadas

População indígena

População de garimpo

População de assentamentos rurais

Caminhoneiros

População em geral

Pessoas vivendo com HIV/Aids

XI. Portaria Nº 2.313 de 2002

O Ministro do Estado da Saúde, no uso das suas atribuições, considerando:

- a importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde;
- o comportamento atual da epidemia de Aids, que requer reordenação nas estratégias para o seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado entre os três níveis de gestão do SUS;
- a necessidade de recursos específicos para o financiamento do combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e dos danos, da assistência e tratamento dos portadores e do desenvolvimento institucional, visando o envolvimento dos diferentes níveis de gestão do SUS na efetivação de medidas estratégicas, a garantia de novos avanços e a continuidade do padrão de qualidade e de resultados que vêm sendo alcançados;
- os mecanismos financeiros desenvolvidos pelas diferentes políticas de saúde, entre os quais o de incentivo, o qual permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais;
- a importância do fortalecimento das funções de formulação, regulação, avaliação e controle dos órgãos federais de coordenação da Política Nacional de DST e Aids e a descentralização de ações para os estados, Distrito Federal e municípios, de modo a conferir a esta Política a necessária sustentabilidade;
- a importância do aprimoramento dos mecanismos de participação da Sociedade Civil que atua na área de DST/Aids e de Controle Social sobre as ações de HIV/Aids e outras DST;
- a necessidade de definição de critérios de inclusão dos gestores estaduais e municipais, bem como das responsabilidades e metas a serem pactuadas, de acordo com o grau de complexidade da epidemia, das ações necessárias ao combate da epidemia e do nível de organização e capacidade institucional dos gestores públicos;
- as experiências adquiridas com os convênios estabelecidos com estados, Distrito Federal e municípios no período de 1998 a 2002, integrando ações em três grandes áreas de atuação (promoção da saúde, prevenção e proteção; diagnóstico, assistência e tratamento e desenvolvimento institucional); as atividades que já vêm sendo descentralizadas nos últimos anos;
- os resultados positivos decorrentes dos projetos de parcerias com os diferentes níveis governamentais e as organizações da Sociedade Civil;
- a importância de incorporação dessas experiências à proposta de financiamento das ações para HIV/Aids e outras DST, representada pela transferência de recursos Fundo a Fundo, sob a forma de incentivo, de modo a refletir os avanços, o consenso dos profissionais envolvidos e a capacidade de resposta das três esferas de governo;
- a importância de que tais critérios associem exigências do processo de descentralização do SUS com aquelas próprias da abordagem da epidemia, além da incorporação de critérios epidemiológicos relacionados ao número de casos de Aids acumulados no período de 1988 a 2001 e à velocidade de crescimento da epidemia nos períodos mais recentes - de 1991-94 e 1995-98 --, possibilitando a seleção e inclusão de municípios no incentivo de acordo com a magnitude da epidemia.
- as contribuições dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde -- Conass e Conasems -- bem como a pactuação e a aprovação da Comissão Intergestores Tripartite -- CIT --, ocorridas na sua reunião de 14 de agosto de 2002;

• a necessidade de garantir a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães com sorologia positiva para o HIV, que se constitui ação de suma importância para a redução da probabilidade da transmissão vertical do HIV, conforme Art. 1º, § 2º, inciso VI da Portaria nº 2104/GM, de 19 de novembro 2002, que institui o Projeto Nascer-Maternidades, resolve:

Art. 1º Instituir Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

§ 1º O repasse dos recursos do Incentivo, instituído no caput deste artigo, conforme estabelecido em norma constante do ANEXO 1 desta portaria, será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Estaduais e Municipais, em conta específica, aberta automaticamente pelo FNS, e em duodécimos.

§ 2º Os estados e Distrito Federal, qualificados para o recebimento do Incentivo ora instituído, poderão pleitear recursos adicionais para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida, como importante ação para a redução da transmissão vertical do HIV, conforme estabelecido em norma constante do ANEXO 2 desta portaria.

§ 3º O repasse dos recursos adicionais será realizado de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos Fundos Estaduais e do Distrito Federal, em conta específica, aberta automaticamente pelo FNS, e em parcelas quadrimestrais.

§ 4º Os recursos transferidos pelo FNS serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União, conforme Artigo 3º do Decreto Presidencial nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

§ 5º Os recursos destinados ao Incentivo, bem como os recursos adicionais, correrão à conta do Programa de Trabalho 10.303.0003.0214 – Programa de Prevenção, Controle e Assistência aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da AIDS.

Art. 2º Aprovar as normas relativas ao Incentivo e aos recursos adicionais, constantes do ANEXOS desta Portaria e que dela é parte integrante.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação e terá efeitos financeiros a partir de 01 de fevereiro de 2003.

Barjas Negri

ANEXO 1 da Portaria N.º 2313, de 19 de dezembro de 2002

Normas relativas ao Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

As Normas relacionadas a seguir dizem respeito ao processo de qualificação de estados, Distrito Federal e municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

1. Critérios de seleção de estados, Distrito Federal e municípios

1.1. Os critérios de seleção estabelecidos para inclusão de Estados, Distrito Federal e municípios no processo de qualificação para o recebimento do Incentivo consideram:

1.1.1. a magnitude da epidemia no respectivo território;

1.1.2. a capacidade de planejamento das ações em HIV/Aids e outras DST pelas instâncias estaduais e municipais do SUS;

1.1.3. o estabelecimento de metas adequadas e coerentes com as características da epidemia da Aids no respectivo território;

1.1.4. os processos de descentralização e regionalização implementados com base na NOB/96 e na NOAS/02.

1.2. Com relação aos critérios de inclusão citados, coube ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST/Aids (CN-DST/Aids/SPS/MS), indicar o universo de municípios que poderão solicitar o Incentivo, devendo observar:

1.2.1. magnitude da epidemia – a partir do estudo de indicadores epidemiológicos desenvolvido pela CN-DST/Aids/SPS/MS, foram considerados o número de casos de Aids registrados no período de 1988 a 2000 e o comportamento da epidemia no período mais recente de 1991 a 1998, no tocante à velocidade de crescimento da epidemia e da incidência acumulada. A partir desses indicadores, elaboraram-se estudos estatísticos que possibilitaram a definição de um conjunto de municípios onde a epidemia apresenta magnitude importante;

1.2.2. participação nos Acordos Aids I e II – os 26 estados o Distrito Federal e os 150 municípios (Órgãos Gestores do Programa - OGP) que têm participado dos projetos Aids, tendo em vista não só a importância da epidemia em seus territórios, mas também o desenvolvimento da capacidade institucional e a experiência adquirida em projetos e ações de controle do HIV/Aids, constituindo-se em pólos importantes de difusão da Política Nacional de DST e Aids.

1.2.3. resoluções das Comissões Intergestores Bipartite, onde ocorreu a inclusão de municípios estratégicos para o controle de HIV/Aids e outras DST no âmbito de cada estado.

1.3. A partir desses três critérios, foi estabelecido o conjunto de estados, Distrito Federal e municípios, incluindo as 26 Secretarias de Estado da Saúde, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e **411**

Secretarias Municipais de Saúde, que representam 95% da epidemia de Aids no País e que se constituirão na clientela potencial para o Incentivo, conforme tabela constante do Anexo 1 destas Normas.

1.4. Além dos critérios de inclusão, os estados, Distrito Federal e municípios que pretenderem pleitear o incentivo deverão apresentar:

1.4.1. técnico(s), ou grupo técnico, responsável(is) especificamente pelo planejamento e gerenciamento das ações estratégicas em HIV/Aids e outras DST, a ser(em) designado(s) por ato normativo do gestor de saúde local;

1.4.2. compromisso explícito em realizar as atividades e em prover acesso e serviços de qualidade para os portadores de HIV/Aids e outras DST;

1.4.3. pactuação expressa, com intermediação do Gestor Estadual, entre o município que recebe o Incentivo e os municípios que referenciam demanda, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a NOAS/02;

1.4.4. compromisso em aplicar recursos próprios para as ações em HIV/Aids e outras DST, conforme os parâmetros estabelecidos no item 4.2 destas normas.

1.4.5. compromisso em estabelecer, manter e fortalecer os mecanismos de participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids, durante as etapas do processo de implantação do Incentivo, especialmente de planejamento, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas. A participação da sociedade civil que atua na área de DST e Aids deverá ocorrer em articulação com os respectivos Conselhos de Saúde.

1.4.6. pactuação expressa, aprovada pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quanto às responsabilidades de estados e municípios na aquisição e distribuição de medicamentos para o tratamento de Infecções Oportunistas associadas à Aids e das outras DST. A pactuação de que trata este item deve ocorrer na CIB no prazo **máximo de 60 dias** após a publicação desta portaria, caso contrário, será objeto de pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2. Responsabilidades das três esferas de governo

2.1. As responsabilidades a serem assumidas pelos estados, Distrito Federal e municípios deverão constar de Plano de Ações e Metas, elaborado com a efetiva participação da sociedade civil, conforme item 1.4.5. anterior, devendo estar de acordo com as características e complexidade da epidemia no seu território.

2.2. Os Planos de Ações e Metas referidos no item anterior, terão como período de execução 12 (doze) meses a contar da data da publicação da qualificação do respectivo estado, Distrito Federal ou município, devendo ser elaborado novo Plano de Ações e Metas, referente ao período subsequente, no décimo mês da sua execução e assim sucessivamente, enquanto o estado, Distrito Federal ou município estiver qualificado para o recebimento do Incentivo.

2.2. As responsabilidades a serem pactuadas com os municípios, candidatos ao Incentivo, deverão referir-se a sua população, podendo incluir um conjunto de municípios que demanda os seus serviços, de acordo com as diretrizes de descentralização da NOAS/02, que preconizam a constituição de regiões e microrregiões funcionais de saúde, relacionando-se ainda com a capacitação institucional e a capacidade instalada de serviços.

2.3. No caso de Municípios sede de Módulo Assistencial ou de Municípios Pólos Regionais, segundo a NOAS/02, o referido Plano de Ações e Metas deverá obrigatoriamente integrar as ações de referência para os municípios que demandam seus serviços.

2.4. No âmbito estadual, caberá ainda à gestão respectiva a responsabilidade pelo estudo e análise permanente da epidemia no conjunto de municípios do seu território, de modo a possibilitar o planejamento constante de ações estratégicas e a implementação de novas metas, além do monitoramento, acompanhamento, avaliação e controle específicos dos municípios que recebem o Incentivo e a participação no financiamento do conjunto de ações do estado.

2.5. No âmbito federal, além da responsabilidade de formulação das macropolíticas setoriais em HIV/Aids e outras DST e da participação no financiamento das ações, caberá adequar a implementação do Incentivo ao comportamento da epidemia no território nacional e desenvolver os processos de coordenação e regulação que garantam o alcance das metas e dos resultados pelos estados, Distrito Federal e municípios. Nesse aspecto, serão observados os mecanismos relativos ao planejamento, pactuação, financiamento, avaliação e controle social do SUS, bem como mecanismos específicos da CN/DST/Aids/SPS/MS, de acordo com as exigências para o enfrentamento da epidemia.

3. Condições e processo de qualificação

3.1. Os estados, Distrito Federal e municípios que atenderem aos requisitos e se comprometerem a assumir as responsabilidades, indicadas adiante, poderão solicitar a sua qualificação para receberem, Fundo a Fundo, os recursos referentes ao Incentivo às ações em HIV/Aids e outras DST.

3.2. O processo de qualificação de estados, Distrito Federal e municípios ao recebimento do Incentivo compreende a observância de critérios estabelecidos pela NOB/96 ou pela NOAS/02, acrescidos de exigências próprias da presente norma para o adequado desenvolvimento de ações em HIV/Aids e outras DST e definidas pela CN/DST/Aids/MS.

3.3. Qualificação municipal ao Incentivo

3.3.1. O processo de qualificação dos municípios deverá objetivar a análise do Plano Municipal de Ações e Metas para o combate ao HIV/Aids e outras DST, considerando a complexidade e comportamento da epidemia no seu território, a sua capacidade gerencial, técnica e organizacional e a capacidade instalada de serviços especializados no atendimento ao HIV/Aids e outras DST.

3.3.2. A análise do Plano de Ações e Metas deverá observar, necessariamente para todos os municípios que pleitearem o Incentivo, as propostas elaboradas com relação ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, em especial aquelas voltadas às populações mais vulneráveis e de risco acrescido, redução de danos, diagnóstico do HIV, controle das DST, redução da transmissão vertical do HIV e de desenvolvimento institucional, sobretudo no tocante à capacitação de profissionais de saúde, à organização de logística de insumos e às ações de vigilância epidemiológica, diagnóstico, assistência e tratamento ao HIV/Aids e outras DST.

3.3.3. Quanto à assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DST, os Municípios Sede de Módulo Assistencial e Municípios Pólos serão avaliados com relação aos processos de referência e contra-referência, conforme pactuação e definição no PDR e na PPI para atendimento da demanda de outros municípios quanto a:

3.3.3.1. realização de testes para diagnóstico do HIV e outras DST;

3.3.3.2. atendimento nos serviços especializados em HIV/Aids (serviço ambulatorial especializado, atendimento domiciliar terapêutico, hospital convencional, hospital dia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em HIV/Aids e outras DST).

3.3.4. Com relação aos Municípios Sede de Módulo Assistencial e Municípios Pólos, serão observadas as normas da NOAS/02, Capítulo 1, item 5; segundo essas normas, o Município Sede de Módulo Assistencial constitui-se em município em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços constantes do primeiro nível de referência de média complexidade, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, que constituem o módulo assistencial, enquanto o Município Pólo (na condição de gestão GPSM ou GPAB-A), de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

3.3.5. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas nos ANEXOS 3A e 3B da NOAS/02.

3.4. Qualificação estadual ao Incentivo

3.4.1. O processo de qualificação estadual também objetivará avaliar o Plano Estadual de Ações e Metas para o HIV/Aids e outras DST frente ao comportamento e complexidade da epidemia na unidade federada e à capacidade técnica, gerencial e organizacional, em consonância com a NOB/96 ou a NOAS/02 e, igualmente, à capacidade instalada de serviços de atenção ao HIV/Aids e outras DST.

3.4.2. O Plano Estadual de Ações e Metas será avaliado, ainda, com relação a: mecanismos e procedimentos de acompanhamento da epidemia no território do estado; atividades de regulação do Incentivo entre seus municípios; e a coordenação do sistema de referência e contra-referência para o atendimento dos portadores de HIV/Aids.

4. Recursos financeiros

4.1. O financiamento das ações em HIV/Aids e outras DST será realizado por intermédio da transferência de recursos Fundo a Fundo, sob a forma de Incentivo, devendo refletir os elementos apontados até o momento, quais sejam: as diferentes capacidades técnicas e gerenciais das Secretarias de Saúde; compromissos por elas assumidos e os diversos níveis de complexidades da epidemia nos seus territórios. A aplicação desses recursos, incluindo os recursos próprios de estados, Distrito Federal e municípios, deverá ser estabelecida nos Planos de Ações e Metas.

4.2. O financiamento do Incentivo prevê a integração de recursos das três esferas de governo, com o compromisso de manutenção mínima da média dos recursos próprios de estados, Distrito Federal e municípios, assumidos anualmente nos convênios celebrados com o Ministério da Saúde, no período entre 1999 e 2001.

4.2.1 Para os municípios que não celebraram convênio com o Ministério da Saúde no período entre 1999 e 2001, destinado às ações de DST/Aids, o parâmetro para a verificação do compromisso de que trata o item anterior será de 25%, para aqueles localizados nas regiões Sul e Sudeste e de 15%, para aqueles localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

4.3. O valor de referência destinado a cada unidade da federação, bem como os valores de referência a serem repassados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios selecionados para o recebimento do Incentivo encontram-se relacionados no Anexo 1 destas normas.

4.3.1. A adequação dos valores de referência, constantes do referido Anexo 1, quando pertinente, deverão ser pactuados na Comissão Intergestores Bipartite respectiva. Essa pactuação deverá preservar o valor de 10% do total de recursos destinados à unidade federada para o financiamento das ações desenvolvidas em parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC)

4.4. Para o cálculo dos recursos federais a serem repassados às Secretarias Estaduais e Municipais, constantes do referido Anexo 1, foram considerados os seguintes critérios:

4.4.1. 52%, considerando as ações de promoção da saúde, prevenção e desenvolvimento institucional, foram distribuídos segundo a população geral de estados, Distrito Federal e municípios, velocidade de crescimento da epidemia de Aids, a prevalência estimada do HIV, a incidência de Aids e o inverso da estrutura existente na sua área de abrangência.

4.4.2. 38%, considerando as ações para a organização e o aprimoramento da assistência aos portadores de HIV/Aids e outras DST, foram distribuídos de acordo com o número de casos de Aids notificados no período de 1999 a 2001.

4.4.3. Para o cálculo dos valores correspondentes a Estados, Distrito Federal e municípios observa-se ainda:

4.4.3.1. quanto ao número de casos de Aids, como base de cálculo para o ano de 2003, foi utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação -- Sinan --, considerando-se o número de casos de Aids, segundo o município de notificação, registrados no período de 1999 a 2001. Para os anos subsequentes, serão utilizados, como forma de análise para eventuais adequações dos valores a serem repassados para estados, Distrito Federal e municípios, os Sistemas de Controle e de Logística de Medicamentos (Siclom) e o de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), que deverão estar implantados e em funcionamento no âmbito de estados, Distrito Federal e municípios.

4.4.3.2. a capacidade instalada de serviços de atenção aos portadores de HIV/Aids nos estados, Distrito Federal e municípios selecionados;

4.4.3.3. a manutenção dos valores médios repassados a estados, Distrito Federal e municípios por convênio, durante os anos de 1999 a 2001, e a garantia do valor mínimo de R\$ 50 mil para o repasse aos municípios que não tiveram convênios celebrados com o Ministério da Saúde durante este período;

4.4.3.4. a descentralização dos recursos do Incentivo destinados aos estados, para os municípios propostos pelas respectivas CIB;

4.4.3.5. o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado e os respectivos municípios satélites, sede de módulo assistencial e pólo;

4.4.3.6. os mecanismos de referência e contra referência definidos pelo PDR.

4.4.4. 10% do total de recursos repassados à unidade federada devem ser destinados para o desenvolvimento de projetos em parcerias das SES com Organizações não Governamentais e Organizações da Sociedade Civil; os projetos deverão estar direcionados às ações em HIV/Aids e outras DST.

4.4.4.1. Os recursos destinados às OSC serão colocados à disposição das SES e a pactuação do repasse será de responsabilidade dos gestores estaduais, devendo a forma de aplicação estar explicitada no Plano Estadual de Ações e Metas, que deverá ser elaborado com a participação efetiva de representantes dos municípios e da sociedade civil que atua em DST e Aids, conforme item 1.4.5. destas normas.

4.4.4.2. Os recursos referidos no item anterior, constantes do Plano Estadual de Ações e Metas, deverão ser utilizados exclusivamente para financiar projetos em parceria com as OSC, selecionados por processo público e analisados por uma comissão especialmente constituída.

4.4.4.2.1. Os recursos que não forem repassados pelas SES às OSC durante o período correspondente deverão ser devolvidos ao Ministério da Saúde ao final do período, através de código específico orientado pelo FNS.

4.5. O saldo dos recursos financeiros referentes a estados, Distrito Federal e municípios selecionados não qualificados será objeto de proposta de plano de aplicação, por unidade da federação, a ser pactuado na CIT. O plano de aplicação será apresentado pela CN-DST/Aids/SPS/MS, a cada três meses, sempre que a utilização dos recursos for inferior a 75% do valor global previsto para o Incentivo no trimestre, devendo contemplar a diferença entre o efetivamente repassado no trimestre e o teto de 75% do valor global de recursos previstos para o trimestre.

4.5.1. O Plano de Aplicação de que trata o item anterior, deverá ser apresentado à CIT para pactuação, no mês subsequente à finalização de cada trimestre.

5. Responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a qualificação de estados, Distrito Federal e municípios

5.1. Qualificação de municípios

5.1.1. A partir da publicação de Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas e para a aplicação dos recursos, os municípios poderão solicitar o referido Incentivo observados as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas indicadas a seguir.

5.1.2. Responsabilidades

5.1.2.1. Elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil, conforme disposto no item 1.4.5. precedente, de Plano de Ações e Metas em HIV/Aids e outras DST, a ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), contendo o diagnóstico da epidemia no território do município, as formas de integração entre órgãos e setores municipais e das ações programáticas em saúde no combate à epidemia e o detalhamento das metas, ações e programação a serem implementadas no município, referentes a:

5.1.2.1.1. desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando a qualificação permanente das ações em HIV/Aids e outras DST;

5.1.2.1.2. desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção para o HIV/Aids e outras DST, dirigidas à população em geral e aos grupos mais vulneráveis e de risco, acrescido, por meio da realização de campanhas de massa, intervenções educativas, ações de garantia de direitos humanos e propostas de redução de riscos, voltadas especialmente para:

- homens que fazem sexo com homens,
- profissionais do sexo,
- usuários de drogas,
- pessoas vivendo com HIV/AIDS,
- crianças e adolescentes em maior risco;
- populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002).
- mulheres; e
- outros grupos específicos, de acordo com a realidade epidemiológica do estado.

5.1.2.1.3. formação e capacitação de profissionais que atuam com HIV/Aids e outras DST, das diversas redes de serviços, governamental e não governamental, priorizando:

- diagnóstico, aconselhamento e encaminhamento para realização de teste de HIV;
- atenção à saúde dos indivíduos HIV positivos;
- diagnóstico precoce e tratamento de DST e das complicações mais comuns em DST/AIDS;
- vigilância Epidemiológica de HIV, Aids e principais DST;
- atendimento de Intercorrências, e
- medidas de promoção à saúde e de prevenção em HIV/Aids e outras DST.

5.1.2.1.4. desenvolvimento de ações e atividades de promoção da saúde, prevenção e assistência, observando as seguintes indicações:

<i>Ações</i>	<i>Atividades</i>
Diagnóstico e aconselhamento de indivíduos expostos a HIV	A. Atendimento individual e ou em grupo de populações com risco acrescido para HIV/Aids e outras DST, como: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, UDI e população de rua B. Aconselhamento pré e pós teste HIV C. Encaminhamento para realização de teste HIV D. Diagnóstico precoce do HIV acompanhado de aconselhamento para a população em geral, especialmente para gestantes, crianças, pessoas com DST, UDI, portadores de Tuberculose, portadores de Hepatites virais e populações com exposição sexual de alto risco (profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, populações confinadas, crianças e adolescentes em situações de risco, pessoas vivendo com HIV/AIDS)
Atenção à saúde dos indivíduos HIV +	E. Realização de consultas e encaminhamentos de acordo com orientações e normas técnicas da CN-DST/Aids/SPS/MS F. Busca de faltosos
Diagnóstico precoce e tratamento das DST e das complicações mais comuns em DST/AIDS	G. Avaliação e exame de sintomáticos H. Realização e encaminhamento para exames laboratoriais complementares I. Instituição de tratamentos das DST e das complicações em DST/Aids, de acordo com o nível de complexidade da rede básica e considerando as abordagens sintômica e etiológica J. Encaminhamentos dos casos não passíveis de resolução nesse nível K. Aquisição e dispensação de medicamento de acordo com a pactuação das instâncias do SUS L. Acompanhamento dos tratamentos

XII. Portaria Nº 2.104 de 2002

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

Considerando a totalidade de casos de aids em menores de 13 anos de idade no Brasil tem como fonte de infecção a transmissão vertical do HIV;

Considerando que a probabilidade de transmissão vertical do HIV na ausência de qualquer procedimento profilático é de 25,5%;

Considerando que resultados do Protocolo 076 do AIDS Clinical Trial Group (PACTG 076), evidenciou uma redução de 67,5% na taxa de transmissão vertical do HIV quando adotada a quimioprofilaxia com AZT e a não amamentação;

Considerando que outros estudos demonstraram que as intervenções profiláticas realizadas somente durante o parto e puerpério podem reduzir em cerca de 50% a probabilidade de transmissão vertical do HIV;

Considerando que 65% dos casos de transmissão vertical do HIV ocorrem no trabalho de parto e parto, e que o aleitamento materno representa um risco adicional de 7% a 22%;

Considerando que dados preliminares relativos ao SISPRENATAL (Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento) e as estimativas do uso do AZT injetável (CN DST/AIDS), em âmbito nacional, demonstram que a cobertura da testagem para a infecção do HIV durante o pré-natal está abaixo de 40%, sendo ainda menor nas gestantes mais vulneráveis para a infecção pelo HIV, em decorrência de fatores como baixa adesão ao pré-natal e/ou captação tardia;

Considerando que a prevalência de sífilis em parturientes é estimada em 2%;

Considerando que a taxa de transmissão vertical da sífilis é superior a 70%;

Considerando que a cobertura de realização de VDRL para sífilis no pré-natal é inferior a 10%;

Considerando que a taxa de mortalidade por sífilis congênita é elevada, podendo atingir 40% dos casos;

Considerando que é necessário se adotar medidas adicionais às já desenvolvidas para a qualificação da assistência à gestante no pré-natal, garantindo assim o diagnóstico do HIV e sífilis à maioria das mulheres, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde -- SUS --, o Projeto Nascer-Maternidades.

§ 1º Os objetivos gerais do Projeto ora instituído são:

I - reduzir a transmissão vertical do HIV;

II - reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita.

§ 2º Os objetivos específicos do Projeto são:

I - estabelecer, mediante a testagem para o HIV no período pré-parto imediato, e com consentimento informado da gestante após aconselhamento, o status sorológico de 100% das parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal;

II - garantir medidas profiláticas de transmissão vertical do HIV para 100% das parturientes HIV positivas detectadas e seus recém-natos;

III - garantir o seguimento especializado das puérperas HIV positivas e seus recém-natos;

IV - testar para a sífilis 100% das parturientes atendidas no SUS;

V - garantir o tratamento adequado de 100% dos casos de sífilis adquirida em parturientes e de sífilis congênita dos recém-natos diagnosticados;

VI - criar mecanismos para a disponibilização de fórmula infantil a todos os recém-nascidos expostos ao HIV, desde o seu nascimento até o sexto mês de idade, com vistas à promoção adequada de seu desenvolvimento pondero-estatural;

VII - implementar rotinas de melhoria do atendimento à parturiente/puérpera e seus recém-nascidos, fortalecendo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Art. 2º Determinar que o Projeto Nascer-Maternidades seja desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde.

§ 1º No nível nacional, o projeto será coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde que, para o gerenciamento dos trabalhos, deverá envolver a Coordenação Nacional de DST e Aids, a Área Técnica de Saúde da Mulher, a Área Técnica da Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

§ 2º No nível regional, a Coordenação do Projeto caberá às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal e, no nível local, às Secretarias Municipais de Saúde, devendo cada uma delas designar o respectivo coordenador escolhido entre os correspondentes estaduais e municipais dos Programas referidos no parágrafo anterior.

§ 3º O Projeto deverá ser desenvolvido observando-se as diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2002.

Art. 3º Estabelecer que as maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde deverão realizar as seguintes atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades:

I - testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido);

II - testes para sífilis (microhemaglutinação);

III - administração de inibidor de lactação (quando indicado);

IV - profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

§ 1º A testagem para o HIV será realizada naquelas parturientes que, não tendo realizado esta testagem durante o pré-natal, autorizem sua realização após aconselhamento pela equipe de saúde, sendo que o aconselhamento pré e pós teste deverá ser realizado por profissionais da área de saúde que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 2º A execução do teste rápido para a infecção pelo HIV deverá ocorrer utilizando-se o algoritmo constante do Anexo desta Portaria, por profissionais de saúde e que tenham recebido capacitação específica para esta atividade;

§ 3º A execução do conjunto de procedimentos estabelecidos para profilaxia da transmissão vertical do HIV, incluindo a inibição temporária ou definitiva da lactação, deverá ser realizada por médicos ou enfermeiros, devendo sempre ser baseada no consentimento livre e esclarecido da puérpera;

§ 4º A aplicação das rotinas de profilaxia da transmissão vertical do HIV deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 5º A aplicação das rotinas de diagnóstico e tratamento da sífilis materna e da sífilis congênita deverá ocorrer conforme as normas do Ministério da Saúde;

§ 6º A aplicação das rotinas de melhoria da qualidade da assistência à parturiente, puérpera e seus recém-nascidos, deverá ocorrer de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Art. 4º Estabelecer que, para dar início ao desenvolvimento das atividades previstas no Projeto Nascer-Maternidades, o Ministério da Saúde tornará disponíveis às maternidades previamente identificadas, pelo período de seis meses, os seguintes insumos:

- I - testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (testes rápido);
- II - testes para sífilis (microhemaglutinação);
- III - anti-retrovirais;
- IV - inibidor de lactação;
- V - fórmula infantil.

§ 1º A aquisição dos insumos será efetuada segundo a estimativa do número de partos realizados nas maternidades, na prevalência do HIV, na cobertura de testagem anti-HIV por Unidade Federada e no número de maternidades identificadas e cadastradas pelos estados para fazerem parte do Projeto nesta primeira etapa;

§ 2º A Secretaria Executiva, por meio da Diretoria de Programas Estratégicos em Saúde, para a implantação dos seis primeiros meses do Projeto, conforme estabelecido no caput deste artigo, realizará os procedimentos necessários à aquisição dos insumos listados nos itens I, II, "III" e V.

§ 3º A Coordenação Nacional DST/Aids se responsabilizará pela distribuição destes insumos às Coordenações Estaduais de DST/Aids, e estas às maternidades identificadas.

§ 4º Findo o período definido no caput deste artigo, a totalidade das maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde, desde que possuindo condições técnicas para tal, deverá realizar os procedimentos relacionados no artigo 3º, itens I, II e III, devendo, para tanto, custear essas atividades pela cobrança dos respectivos procedimentos constantes da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

§ 5º Quanto à fórmula infantil, findo o período definido no caput deste Artigo, deverá ser estabelecido pacto entre os gestores para definir a sistemática de aquisição do insumo e sua distribuição aos serviços de saúde.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde a adoção das medidas necessárias à inclusão dos testes laboratoriais para detecção da infecção pelo HIV (teste rápido), testes para sífilis (microhemaglutinação) e inibidor de lactação na Tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Art. 6º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

- I - 10.303.0005.4368 – Atendimento à população com medicamentos e insumos estratégicos;
- II - 10.302.0023.4306 – Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde;
- III - 10.302.0023.4307 - Atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar prestado pela rede cadastrada do Sistema Único de Saúde;
- IV - 10.303.0003.4327 – Diagnóstico e acompanhamento em doenças sexualmente transmissíveis – DST, vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida – HIV/Aids nos laboratórios da rede pública;
- V - 10.303.0003.4370 – Atendimento a população com medicamentos para tratamento dos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids -- e das doenças sexualmente transmissíveis (DST);
- VI - 10.305.0003.3954 – Promoção de práticas seguras sobre prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST, e do vírus da imunodeficiência Humana – HIV síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids).

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

BARJAS NEGRI

ANEXO

INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV EM PARTURIENTES E PROCEDIMENTOS PARA PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV.

Indicação: Parturiente sem Sorologia Anti-HIV no Pré-Natal

Conduta: Realização teste rápido mediante consentimento verbal da parturiente

Hipótese 1: Teste não Reagente

Conduta: Não medicar (A);

Hipótese 2: Teste reagente

Conduta:

1. Iniciar quimioprofilaxia conforme esquema para redução da transmissão vertical do HIV;
 2. Coletar e encaminhar a amostra de sangue para esclarecimento do diagnóstico, garantindo a confirmação do resultado do teste o mais rápido possível;
 3. Proceder a inibição mecânica da lactação logo após o parto (Enfaixamento das Mamas) e considerar a utilização do inibidor de lactação (b)
 4. Orientar a mulher quanto ao preparo da fórmula infantil;
- Após confirmação do diagnóstico (c):
1. Inibir em definitivo a lactação. Isso pode ser conseguido, mantendo o Enfaixamento e/ou administrando-se medicamento específico (inibidor da lactação), segundo critério médico;
 2. Encaminhar a mulher para avaliação e acompanhamento clínico/ laboratorial e terapêutico, em um serviço especializado para portadoras do HIV;
 3. Encaminhar o Recém-Nascido para acompanhamento clínico e laboratorial em serviço especializado de pediatria para acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

Notas:

(A) Investigar a Condição Clínico - Epidemiológica e, se necessário, encaminhar a mulher para esclarecimento diagnóstico. Tentar a realização do teste rápido imediatamente após o parto com vistas a iniciar o AZT para o Recém-Nato e suspender a amamentação.

(B) mediante seu consentimento livre e esclarecido, e quando as evidências epidemiológicas apontam para a chance remota, de vir a ser esse um resultado falso positivo.

(C) Após confirmação do diagnóstico de HIV, notificar a mulher e a criança na ficha de Investigação de Gestantes / Parturientes HIV Positivas e Crianças Expostas.

XIII. Portaria Interministerial N° 628 de 2002

DO 64, de 4/4/02

Os Ministros de Estado da Saúde e da Justiça, no uso de suas atribuições, considerando:

a importância da definição e implementação de ações e serviços, consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS -, que viabilizem uma atenção integral à saúde da população compreendida pelo Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuída em todas as unidades federadas;

a estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que estão expostos grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/aids, tuberculose, pneumonias, dermatoses, distúrbios mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus;

a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios;

a importância da realização de estudos de abrangência nacional que revelem o perfil epidemiológico da população presidiária brasileira;

a heterogeneidade, entre as unidades federadas, da assistência à saúde prestada às pessoas presas;

as recomendações da Comissão Interministerial, criada pela Portaria N.º 2035, de 8 de novembro de 2001, com a atribuição de formular propostas destinadas a viabilizar a atenção integral à saúde dessa população, bem como apoiar a implementação e avaliar o desenvolvimento das ações e serviços estabelecidos, resolvem:

Art. 1º Aprovar o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, constante do ANEXO I desta Portaria, destinado a prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.

§ 1º. As ações e serviços decorrentes desse Plano terão por finalidade promover a saúde dessa população e contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes que a acometem.

§ 2º Estabelecer como prioridades para o alcance dessa finalidade:

I. a reforma e a equipagem das unidades prisionais visando a estruturação de serviços ambulatoriais que atendam às necessidades de atenção no nível básico, componentes da assistência de média complexidade e componentes das urgências e emergências em saúde, em consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional.

II. a organização do sistema de informação de saúde da população penitenciária;

III. a implantação de ações de promoção da saúde, em especial no âmbito da alimentação, atividades físicas, condições salubres de confinamento e acesso a atividades laborais;

IV. a implementação de medidas de proteção específica, como a vacinação contra hepatites, influenza, tétano;

V. a implantação de ações de prevenção para a tuberculose, hanseníase, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis e aids, bem como aquelas relativas à distribuição de preservativos e à redução de danos para usuários de drogas injetáveis para os presos;

VI. a garantia do acesso da população penitenciária aos demais níveis de atenção à saúde, seja em unidades próprias, seja em unidades vinculadas ao SUS.

Art. 2º As Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça deverão formular o seu respectivo plano estadual e apresentá-lo ao Conselho Estadual de Saúde correspondente, definindo metas e formas de gestão do referido plano, bem como a gerência das ações e serviços.

§ 1º. A gestão do Plano ora aprovado será de responsabilidade da respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º O processo de credenciamento dos ambulatorios de saúde das unidades prisionais e dos profissionais, a ser definido no plano estadual, deverá ser realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

§ 3º Para o desenvolvimento do Plano respectivo, as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça poderão estabelecer pactos de atuação conjunta com as Secretarias Municipais de Saúde.

Art. 3º Definir que, para a implementação das ações contidas no Plano Nacional, o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Justiça poderão estabelecer parcerias, acordos, convênios ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário.

Art. 4º O financiamento das ações de saúde, no âmbito do Sistema Penitenciário, deverá ser compartilhado entre os órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (federal e estadual).

Art. 5º Criar o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário no valor de R\$105,00 per capita/ano, cabendo ao Ministério da Saúde financiar o correspondente a R\$75,00 per capita/ano e ao Ministério da Justiça o correspondente a R\$ 30,00 per capita/ano.

§ 1º Esse incentivo financiará as ações de promoção da saúde e de atenção no nível básico relativos à saúde bucal, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis e aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão, diabetes, hanseníase, bem como a assistência farmacêutica básica, imunizações e coleta de exames laboratoriais.

§ 2º Os recursos do Ministério da Justiça de que trata este Artigo serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde, com vistas a sua transferência aos estados

§ 3º Os recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça serão repassados às Secretarias Estaduais de Saúde as quais farão a transferência, se for o caso e dependendo da pactuação no âmbito de cada unidade federada, para os respectivos serviços executores do Plano, de acordo com regulamentação do Ministério da Saúde.

Art. 6º O Ministério da Justiça alocará recursos financeiros que serão utilizados no financiamento da reforma física e na aquisição de equipamentos para os ambulatórios de saúde das unidades prisionais, além daqueles que compõem o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário.

Parágrafo único. Será proposta ao Juízo da Execução Penal a concessão do benefício da remição de pena para as pessoas presas designadas como agentes promotores de saúde.

Art. 7º As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão do financiamento do Plano Nacional, definindo as suas contrapartidas para o desenvolvimento das ações de atenção básica, promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como aquelas relacionadas às condições de infra-estrutura e funcionamento dos presídios, a composição e o pagamento das equipes de saúde e a referência para a média e a alta complexidade.

Art. 8º As unidades ambulatoriais especializadas e as unidades hospitalares próprias do sistema penitenciário, após a formalização do Termo de Adesão citado no Art. 10 desta Portaria, poderão ser credenciadas junto ao SUS.

Art. 9º Estabelecer que a atenção básica de saúde, a ser desenvolvida no âmbito das unidades penitenciárias, será realizada por equipe mínima, integrada por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, cujos profissionais terão uma carga horária de 20 horas semanais, tendo em conta as características deste atendimento.

§ 1º Cada equipe de saúde será responsável por 500 presos.

§ 2º os agentes promotores de saúde, recrutados entre as pessoas presas, atuarão sob a supervisão dessa equipe mínima.

§ 3º O Ministério da Saúde garantirá, a cada equipe implantada de que trata este Artigo, o fornecimento regular de kit de medicamentos básicos.

Art. 10 Aprovar o Termo de Adesão ao Plano Nacional, a ser formalizado pelas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, nos termos do ANEXO II desta Portaria.

Art. 11 Determinar à Secretaria de Políticas de Saúde e à Secretaria de Assistência à Saúde que adotem, ouvido o Ministério da Justiça, as providências complementares necessárias à operacionalização do Plano ora aprovado.

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

BARJAS NEGRI

Ministro de Estado da Saúde

ALOYSIO NUNES FERREIRA FILHO

Ministro de Estado da Justiça

ANEXO I

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1. Propósito

Contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais freqüentes à saúde da população penitenciária brasileira.

2. População alvo

100% da população penitenciária brasileira, confinada em unidades masculinas, femininas e psiquiátricas.

3. Linhas de ação

3.1. Elenco mínimo de procedimentos no âmbito da promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência em unidades de saúde do sistema prisional.

A unidade ou serviço executora das ações deverá desenvolver um elenco de procedimentos necessários ao atendimento no nível da atenção básica e do mínimo da assistência no nível da média complexidade.

3.1.1. Ações de Atenção Básica de acordo com o Anexo 1 da Norma Operacional da Assistência (Noas/MS)

a) Controle de tuberculose

- Busca de casos de tuberculose (identificar o sintomático respiratório (SR); examinar com baciloscopia os sintomático respiratório (SR); notificar os casos novos descobertos na ficha de notificação do Sinan).

- Tratamento (iniciar tratamento de forma supervisionada diária para todos casos diagnosticados; oferecer sorologia anti-HIV para todos os casos diagnosticados; registrar os casos no Livro de Registro dos casos de tuberculose; acompanhar mensalmente o tratamento por meio de consulta médica ou de enfermagem, bem como realizar baciloscopia de controle para os casos inicialmente positivos).

- Proteção dos sadios (examinar contactantes; realizar PPD quando indicado; realizar RX quando indicado; fazer quimioprofilaxia quando indicado; desenvolver ações educativas).

b) Controle de hipertensão e diabetes

- Ações de promoção e assistência à saúde visando o acompanhamento clínico e a adoção de hábitos saudáveis de vida (cessação do hábito de fumar, diminuição do estresse, combate ao sedentarismo e ao alcoolismo).

c) Dermatologia sanitária - hanseníase

- Busca ativa de casos (identificação de sintomático dermatológico).

- Diagnóstico clínico (exame de sintomáticos dermatológicos para diagnóstico de hanseníase ou outras dermatoses de interesse sanitário; coleta de material para baciloscopia direta, para pesquisa de Baar; encaminhamento, para centro de referência, de casos que necessitem esclarecimento diagnóstico).

- Cadastro dos portadores (notificação e dados de acompanhamento de casos de hanseníase).

- Tratamento Supervisionado dos casos de hanseníase (consulta mensal para a dose supervisionada; avaliação dermatoneurológica; dispensação de medicação; curativos; atendimento de intercorrências. aplicação de técnicas simplificadas de prevenção e tratamento de incapacidades físicas encaminhamento do paciente sempre que for necessário para atendimento de maior complexidade).
- Tratamento de outras dermatoses (dispensação de medicação ou realização de outros procedimentos adequado ao caso; realização de medidas preventivas).
- Realização de exame de comunicantes do caso de hanseníase (notificação do caso e informação ao município de residência para realização de exame de comunicantes dos familiares do caso, pelo Pacs/PSF, rotina de busca de sintomáticos dermatológicos no presídio).

d) Saúde Bucal

Orientação sobre higiene bucal e auto-exame da boca

Consulta odontológica - 1º consulta

Aplicação terapêutica intensiva com flúor - por sessão

Controle de placa bacteriana

Escariação (por dente)

Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi-arcada)

Curetagem supra-gengival e polimento dentário (por hemi-arcada)

Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente)

Capeamento pulpar direto em dente permanente

Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente

Restauração em dentes permanentes

Exodontia de dente permanente

Remoção de resto radicular

Tratamento de alveolite

Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência

e) Saúde da Mulher

Realização de pré-natal, controle do câncer cérvico-uterino e de mama

3.1.2. Ações de média complexidade conforme o Grupo 7 do anexo 3 A da Noas/MS:

atendimento médico de urgência com observação até 24 horas

terapias em grupo executadas por profissional de nível superior

terapias individuais executadas por profissional de nível superior

3.1.3 Ações complementares

a) Diagnóstico, aconselhamento e tratamento em DST/ HIV/Aids:

ações de coleta para o diagnóstico do HIV

distribuição de preservativos para as pessoas presas e servidores

ações de redução de danos nas unidades prisionais

capacitação de pessoas presas para atuarem como agentes multiplicadores

elaboração de material educativo e instrucional

fornecimento de medicamentos específicos para a aids e outras DST

ações de diagnóstico e tratamento das DST segundo a estratégia de abordagem sindrômica

ações de vigilância de aids, HIV e DST

alimentação do Siclom e Siscel (respectivamente, Sistema Integrado de Controle de Medicamentos e Sistema Integrado de Controle de Exames Laboratoriais)

b) Atenção em saúde mental:

ações de prevenção dos agravos psicossociais decorrentes do confinamento

diagnóstico e tratamento dos agravos à saúde mental dos internos

atenção às situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos

desenvolvimento de programa de atendimento em saúde mental centrado na reabilitação psicossocial para os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

c) Protocolo mínimo para o diagnóstico de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos por ocasião do ingresso da pessoa presa no Sistema:

aconselhamento em HIV/DST/Aids e hepatites;

diagnóstico de hipertensão arterial;

diagnóstico de diabetes;

identificação de sintomáticos dermatológicos;

identificação de sintomáticos respiratórios;

avaliação e orientação para o planejamento familiar;

imunização contra hepatite B;

3.2. Referências para média e alta complexidade

As referências para a assistência de média e alta complexidade, inclusive o apoio diagnóstico, deverão estar explicitadas nos planos estaduais de acordo com o processo de pactuação da Noas/MS.

3.3. Programa de imunizações

As coordenações estaduais de imunizações, responsáveis pela operacionalização das ações neste âmbito, deverão garantir o atendimento no sistema penitenciário.

3.4. Aquisição de medicamentos

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME - deverá ser o instrumento de referência para a definição das listas de medicamentos a serem utilizadas pelo sistema penitenciário estadual.

A programação para a aquisição de medicamentos será feita mediante os seguintes procedimentos:

- padronização de tratamentos para as doenças prevalentes (consensos terapêuticos definidos pelo MS);
- cadastro de pacientes (tuberculose, hanseníase, DST/Aids, hipertensão, diabetes, entre outros).

Para a aquisição dos medicamentos, poderá ser articulada parceria com os laboratórios oficiais em relação àqueles produtos fabricados por estes laboratórios; para os demais itens, por meio de processo licitatório.

Para as atividades relativas à assistência farmacêutica, cada estado contará com um profissional farmacêutico responsável.

4. Resultados esperados e metas

Resultado 1. Implantação de ações de assistência à saúde que compõem o elenco mínimo referido no item 3.1, relativos à saúde bucal, saúde da mulher, DST/HIV/Aids, saúde mental, hepatites, tuberculose, hipertensão e diabetes, hanseníase, aquisição e controle de medicamentos, imunizações e exames laboratoriais.

Metas

Saúde bucal:

100% da população carcerária esclarecida e orientada sobre os autocuidados em higiene bucal e sobre a importância do auto-exame da boca como medida preventiva e de diagnóstico precoce do câncer bucal.

Saúde da mulher:

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações para diagnóstico e tratamento das DST/Aids;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, da assistência à anticoncepção;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias que atendem à população feminina, da assistência ao pré-natal de baixo e alto risco no primeiro ano do Plano;

implantação da imunização das gestantes em 100% das unidades penitenciárias;

implantar a assistência ao puerpério em 100% das unidades penitenciárias;

implantação, em 100% das unidades penitenciárias, de ações educativas sobre pré-natal; parto; puerpério; anticoncepção;

controle do câncer cérvico-uterino e de mama; e doenças sexualmente transmissíveis;

garantia do encaminhamento para tratamento das mulheres com câncer cérvico-uterino e de mama atendidas em 100% das unidades penitenciárias;

garantia do acesso das gestantes de 100% das unidades penitenciárias para o atendimento de intercorrências e parto.

DST/HIV/Aids e hepatites:

100% das pessoas presas na "porta de entrada" aconselhadas em DST/HIV/hepatites;

oferta de exame a 100% da população na "porta de entrada";

diagnóstico do HIV em 100% de casos suspeitos, história de risco, manifestação clínica associada e presença de infecções oportunistas;

tratamento do HIV em 100% dos casos diagnosticados;

tratamento das DST em 100% dos casos diagnosticados segundo a abordagem sindrômica;

distribuição de preservativos a 100% das pessoas presas e 60% dos servidores prisionais;

oferta de kit de redução de danos segundo a demanda.

Saúde mental:

implantação de Programas de Atendimento Psicossocial nas unidades prisionais capazes de contribuir para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

atendimento de situações de grave prejuízo à saúde decorrente do uso de álcool e drogas, na perspectiva de redução de danos em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

criação de estruturas intermediárias que beneficiem a reintegração dos portadores de distúrbios psíquicos, segundo reorientação do modelo de atenção nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

implantação de Programas Permanentes de Reintegração Social junto à 40% dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano;

implantação de Programas de Atendimento Psicossocial voltados aos servidores prisionais em 40% das unidades prisionais no 1º ano, 60% no 2º ano, 80% no 3º ano e 100% no 4º ano.

Tuberculose:

implantação de ações de controle da tuberculose (TB) em 100% das unidades penitenciárias;

diagnóstico de 100% dos casos existentes;

cura de pelo menos 85% dos casos novos descobertos.

Hipertensão e diabetes:

cadastro de 100% dos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, garantindo acompanhamento clínico e tratamento para 100% dos casos.

Hanseníase:

implantação de ações de controle de hanseníase e outras dermatoses de interesse sanitário em 100% das unidades prisionais;

diagnóstico de 100% dos casos existentes;

tratamento de 100% dos casos de hanseníase e outras dermatoses;

cura de 100% dos casos em tratamento.

Aquisição e controle de medicamentos:

garantia e disponibilidade de 100% do elenco definido por unidade prisional, de forma contínua, regular e oportuna.

Imunizações:

cobertura mínima de 70% dos presos, inclusive aqueles em regime de reclusão de menores, para cada produto do esquema básico;

cobertura mínima de 70% dos recursos humanos que trabalham no sistema penitenciário, para cada produto do esquema básico;

vacinação contra hepatite B de 100% das pessoas presas, nas unidades ambulatoriais;

vacinação contra hepatite B de 100% dos servidores prisionais;

Vacinação de 60% das pessoas presas.

Exames laboratoriais:

garantia da coleta de material para exames.

Resultado 2. Garantia de espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações de saúde.

Meta:

100% das unidades prisionais.

Resultado 3. Implantação de ações de promoção da saúde que garantam alimentação adequada, atividades físicas, garantia de condições salubres de confinamento, acesso a atividades laborais.

Metas:

100% das unidades prisionais com o cardápio definido.

100% das unidades prisionais em condições salubres, particularmente no que diz respeito a banheiros, cozinha e espaço de lazer.

Resultado 4. Organização do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Metas:

cadastramento de 100% da população prisional;

geração de 80% de cartões SUS definitivos;

utilização do número do cartão de saúde para 100% dos prontuários;

cadastramento de 100% da população prisional no Siclom.

Resultado 5. Organização de um plano de capacitação e educação permanente das equipes de atendimento e dos agentes promotores de saúde.

Metas:

100% das equipes resolutivas dentro do nível de complexidade proposta;

100% dos agentes promotores de saúde sensibilizados para ações de promoção de saúde;

100% de servidores prisionais sensibilizados para ações de promoção de saúde;

ampliação dos conteúdos de saúde nos cursos mantidos pelas instâncias formadoras do Sistema Penitenciário.

Resultado 6. Garantia da composição de equipe mínima de profissionais para o atendimento de até 500 pessoas presas.

Metas:

100% das unidades prisionais cobertas;

10% das pessoas presas atuando como agentes multiplicadores de saúde;

incentivo, em 100% das unidades prisionais, de parcerias com instituições da sociedade civil para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

Resultado 7. Estabelecimento de fluxo de referência/contra-referência para média e alta complexidade.

Meta:

fluxo estabelecido em 100% dos municípios com unidades prisionais;

pactuações definidas para a testagem do HIV, tuberculose e hepatites.

5. Sistema de informação

5.1 - Banco de Informações sobre Condições de Salubridade dos Presídios e dos Serviços de Saúde no Sistema Prisional

A alimentação desse Banco deverá ocorrer semestralmente, mediante o preenchimento de formulário específico por parte de cada unidade prisional e envio para o Ministério da Justiça. (Anexo 3).

5.2. Cartão SUS

O cadastramento das pessoas presas será baseado na sistemática do Cartão Nacional de Saúde. Para isso, serão utilizados os mesmos instrumentos que já estão em uso nos municípios: o formulário de cadastramento, o manual e o aplicativo CadSUS.

Na ficha de cadastro individual de usuários, é obrigatório o preenchimento do campo "ocupação", seguido da codificação segundo o CBO-R. No caso das pessoas presas, todas devem ser cadastradas como dependentes econômicos, código XX3.

A apresentação de um dos documentos a seguir, é imprescindível para validação do cadastro e posterior emissão do cartão: certidão de nascimento; certidão de casamento; certidão de separação ou divórcio; carteira de identidade.

No caso dos usuários que não apresentarem nenhum documento que possa validar o cadastro, será gerado um número provisório pelo próprio Sistema CadSUS, a partir do número do prontuário penitenciário, e poderá ser feito por meio do preenchimento do campo "Uso municipal", já existe no formulário.

O fluxo proposto para os municípios, de modo geral, inicia-se no preenchimento manual da ficha, digitação por técnico capacitado no programa CadSUS e encaminhamento para o Datasus. Para o Sistema Prisional, as fichas em papel devem ser preenchidas pelos responsáveis em cada unidade prisional, repassadas ao município para processamento, que se responsabilizará pelo encaminhamento ao Datasus.

A aplicação de recursos específicos para o cadastramento deverá ser objeto de repactuação entre as SES e os municípios sede das unidades prisionais.

5.3. Prontuário

O registro das condições clínicas e de saúde dos presos deverá ser anotado e acompanhado por prontuário, o qual deverá acompanhar o preso em suas transferências, e sob a responsabilidade dos serviços de saúde das unidades prisionais. O modelo de prontuário a ser adotado será de responsabilidade estadual.

5.4. Sistema Informatizado de Medicamentos de Aids (Siclom/Siscel)

Deverá ser pactuado, entre os serviços de saúde das unidades prisionais e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, o fluxo de informações sobre os medicamentos de Aids e o cadastro do paciente. Nos municípios onde esse sistema ainda não foi implantado, o cadastramento deverá ser feito pela unidade de saúde prisional.

6. Recursos humanos

6.1. Composição de equipe mínima

a) Profissionais por equipe: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem e atendente de consultório dentário, com jornada de 20 horas semanais, para atenção a até 500 pessoas presas.

b) Nos presídios em que já houver quadro de saúde, a equipe será complementada.

c) O piso salarial para os profissionais deverá respeitar a política de RH estabelecida em cada unidade federada.

d) 10% das pessoas presas atuarão como agentes promotores de saúde. Os presos agentes promotores de saúde terão as seguintes atribuições:

promoção da saúde e a prevenção de doenças de maior prevalência;

identificação e comunicação à equipe de saúde dos agravos e ou problemas que possam ser detectados durante a sua atividade educativa;

acompanhamento de tratamentos de longa duração, tais como os de tuberculose, Aids e diabetes, entre outros, verificando as condições de adesão, abandono e as inadequações.

6.2. Plano de capacitação

a) Estabelecimento de programas de capacitação dos profissionais de saúde, dos servidores prisionais e dos agentes promotores de saúde.

b) Garantia da participação da sociedade civil, estabelecendo parcerias com instituições para orientação em saúde dos familiares da pessoa presa.

7. Estrutura física e equipamentos

A estrutura física e os equipamentos mínimos dos ambulatórios para atendimento deverão observar o disposto nos Anexos 1 e 2.

8. Operacionalização

8.1. Financiamento

As ações de saúde, a serem desenvolvidas no âmbito do sistema penitenciário, terão financiamento de forma compartilhada entre os setores da saúde e da justiça. Para a execução das ações, serão utilizados os recursos do Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, de que trata o Art. 5º desta Portaria Interministerial.

A transferência desses recursos se dará de acordo com regulamentação do MS e se somam a outros repasses que porventura estejam sendo feitos, bem como de serviços e recursos humanos já operantes no sistema prisional, que poderão constituir a contrapartida das Secretarias Estaduais de Saúde e da Justiça.

As ações de média e alta complexidade, as de assistência ao parto e puerpério, as de custeio de exames para diagnóstico e medicamentos para DST e de alto custo deverão ser objeto de pactuação entre os gestores municipal e estadual, visando o estabelecimento de fluxos de referência e programação físico-financeira no SUS.

8.2. Gestão e gerência

8.2.1. Da gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais

a) A gerência poderá ser exercida pelos órgãos do sistema penitenciário quando esses serviços forem próprios.

b) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Municipal de Saúde, quando lhe couber a prestação desses serviços.

c) A gerência poderá ser exercida pela Secretaria Estadual de Saúde quando lhe couber a prestação desses serviços.

d) A gerência poderá ser exercida por organizações da sociedade civil credenciadas pela Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.2. Da gestão do Plano

A gestão deste Plano é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

8.2.3. Da vigilância sanitária e epidemiológica

a) Caberá ao município, qualquer que seja a sua forma de habilitação, desenvolver as ações básicas de vigilância sanitária, obedecendo normalização da ANVISA, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

b) As ações básicas de vigilância epidemiológica terão início a partir da equipe de saúde das unidades prisionais e incorporar-se-ão à rotina estabelecida pelo SUS.

8.2.4. Do controle social

Os Conselhos Estaduais de Saúde deverão acompanhar as atividades desenvolvidas, mediante a avaliação do cumprimento dos compromissos estabelecidos entre as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça.

8.3. Competências

Ministério da Saúde

Elaboração de protocolos assistenciais, com descrição das ações, serviços e procedimentos a serem realizados pelas unidades próprias do Sistema Penitenciário e pelos serviços referenciados, vinculados ao SUS.

Padronização das normas de funcionamento dos ambulatórios e demais serviços de saúde prestados diretamente pelo Sistema Penitenciário.

Co-financiamento da atenção à saúde da população penitenciária

Organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária, em colaboração com o Ministério da Justiça.

Gestão deste Plano em âmbito federal.

Ministério da Justiça

Co-financiamento das ações de promoção da saúde da população penitenciária, bem como daquelas compreendidas no nível da atenção básica, especializada e hospitalar.

Financiamento da adequação do espaço físico para os serviços de saúde nas unidades prisionais e aquisição de equipamentos.

Participação na organização e controle do sistema de informação em saúde da população penitenciária.

Secretarias Estaduais de Saúde

Capacitação das equipes de saúde das unidades prisionais.

Contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão para atendimento da população penitenciária.

Elaboração e gestão do plano estadual.

Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Estaduais de Justiça ou correspondente

Adequação do espaço físico para a unidade de saúde e aquisição de equipamentos.

Participação na elaboração do plano estadual.

Execução das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no âmbito da atenção básica em todas as unidades penitenciárias sob sua gestão.

Contratação e ou complementação salarial das equipes de atenção básica atuantes nas penitenciárias.

Participação no financiamento das ações e serviços previstos no Plano.

Secretarias Municipais de Saúde

Contratação e controle dos serviços de referência sob a sua gestão para atendimento da população penitenciária.

Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

9. Critérios para a adesão

Apresentação do Plano Estadual de Saúde no Sistema Penitenciário ao Conselho Estadual de Saúde.

Assinatura do Termo de Adesão ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Anexo 1 do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Padronização física da unidade de saúde nos estabelecimentos penais para atendimento de até 500 pessoas presas

AMBIENTE	ÁREA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
Consultório médico/psicólogo	7,5 m ²	Lavatório
Consultório odontologia	9,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem
Sala de coleta de material para laboratório	3,6 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem Exaustor dotado de filtro e peça de descarga para proteção contra chuva.(Pode ser estudada grade de segurança.) A porta da sala deve ter uma tomada de ar tipo grelha ou veneziana de simples deflexão para providenciar ar de reposição para o ar que está sendo exaurido.
Sala de curativos/suturas e Posto de enfermagem	12,0 m ²	Bancada de apoio com pia de lavagem. Visão dos leitos de observação 1 maca de procedimentos 1 mesa (para relatórios) 1 hamper de lixo 1 hamper de roupa suja
Cela de observação	9,0 m ²	Lavatório. 2 celas no mínimo com um leito cada com visão do posto de enfermagem
Sanitário para pacientes	1,6 m ²	Comum às celas. Dimensão mínima = 1,2 m
Farmácia	1,5 m ²	Área para armazenagem de medicamentos e material. Pode ser um armário com chave sobre ou sob a bancada do posto de enfermagem
Central de Material Esterilizado/simplificada Sala de lavagem e descontaminação Sala de esterilização Vestuário	9,0 m ²	Vestiário: barreira às salas de esterilização e de lavagem e descontaminação - Guichê entre as duas salas - Pia de despejo com válvula de descarga e pia de lavagem na sala de lavagem - Comum aos consultórios e a sala de curativos
Rouparia		Armário para guarda de roupa limpa
DML	2,0 m ²	Depósito de material de limpeza - com tanque
Sanitários para equipe de saúde	1,6 m ² (cada)	1 masculino e 1 feminino

Observações:

1-PROJETOS FÍSICOS: devem estar em conformidade com a resolução ANVISA RDC n.º 50 de 21/02/2002;

2-ACESSOS: o estabelecimento deve possuir acesso externo facilitado para embarque e desembarque em ambulância. O trajeto desse acesso até a unidade de saúde do estabelecimento deve ser o mais curto e direto possível;

3-CORREDORES: os corredores de circulação de pacientes ambulantes ou em cadeiras de rodas, macas ou camas, devem ter a largura mínima de 2,0m para distâncias maiores que 11,0m e 1,20m para distâncias menores, não podendo ser utilizados como áreas de espera. No caso de desníveis de piso superiores a 1,5 cm deve ser adotada solução de rampa unindo os dois níveis;

4-PORTAS: todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0,80 (vão livre) x 2,10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para a passagem de camas/macas, ou seja, as portas das salas de curativos e das celas de observação, devem ter dimensões mínimas de 1,10 (vão livre) x 2,10m;

5-ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO: os consultórios, e as celas de observação devem possuir ventilação e iluminação naturais. A sala de coleta deve possuir ventilação natural;

6-LAVAGEM DE ROUPAS: Toda a roupa oriunda da unidade de saúde do estabelecimento deve ser lavada em uma lavanderia do tipo "hospitalar", conforme previsto da Resolução ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002, ou ser totalmente descartável;

7-LAVATÓRIOS/PIAS: todos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabão líquido degermante, além de recursos para secagem das mãos. Para a sala de suturas deve existir, além do sabão citado, provisão de anti-séptico junto às torneiras de lavagem das mãos;

8-RALOS: todas as áreas "molhadas" da unidade devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável. É proibida a instalação de ralos em todos os ambientes onde os pacientes são examinados ou tratados;

9-MATERIAIS DE ACABAMENTOS: os materiais adequados para o revestimento de paredes, pisos e tetos dos ambientes devem ser resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde 2º edição, Ministério da Saúde/Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, Brasília-DF, 1994 ou o que vier a substituí-lo. Deverá ser sempre priorizados materiais de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não podem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente além do que o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem qualquer aditivo antiabsorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares é vedado tanto nas paredes quanto nos pisos. As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas, podem ser utilizadas tanto nas paredes, tetos quanto nos pisos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel. Quando utilizadas no piso, devem resistir também a abrasão e impactos a que serão submetidas. O uso de divisórias removíveis não é permitido, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que quando instaladas tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes, conforme preconizado no manual citado. Na farmácia e na rouparia as divisórias podem ser utilizadas se forem resistentes ao uso de desinfetantes e a lavagem com água e sabão. Não deve haver tubulações aparentes nas paredes e tetos. Quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda sua extensão por um material resistente a impactos, a lavagem e ao uso de desinfetantes;

10-RODAPÉS: a execução da junção entre o rodapé e o piso deve ser de tal forma que permita a completa limpeza do canto formado. Rodapés com arredondamento acentuado, além de serem de difícil execução ou mesmo impróprios para diversos tipos de materiais utilizados para acabamentos de pisos, pois não permitem o arredondamento, em nada facilitam o processo de limpeza do local quer seja ele feito por enceradeiras ou mesmo por rodos ou vassouras, envolvidos por panos. Especial atenção deve ser dada a união do rodapé com a parede de modo que os dois estejam alinhados, evitando-se o tradicional ressalto do rodapé que permite o acúmulo de pó e é de difícil limpeza;

11- CONTROLE DE PRAGAS E VETORES: devem adotadas medidas para evitar a entradas de animais sinantrópicos ambientes da unidade, principalmente quando se tratar de regiões onde há incidência acentuada de mosquitos, por exemplos;

12-INSTALAÇÕES:

12.1- Esgoto: caso a região onde o estabelecimento estiver localizado tenha rede pública de coleta e tratamento de esgoto, todo o esgoto resultante da unidade de saúde e mesmo do estabelecimento prisional pode ser lançado nessa rede sem qualquer tratamento. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo esgoto terá que receber tratamento antes de ser lançados em rios, lagos, etc. (se for o caso);

12.2- Água: o reservatório d'água deve ser dividido em dois para que seja feita a limpeza periódica sem interrupção do fornecimento de água;

12.3- Elétrica: todas as instalações elétricas devem ser aterradas;

12.4- Combate a incêndios: o projeto deve ser aprovado pelo corpo de bombeiros local;

13-PROGRAMA FUNCIONAL: qualquer outro ambiente não definido neste programa mínimo poderá ser agregado desde que justificado pelas necessidades de demanda ou especificidades do estabelecimento prisional.. Para a verificação das dimensões e características dos ambientes a serem acrescidos, deve-se verificar a Resolução da ANVISA RDC nº 50 de 21/02/2002.

Anexo 2 do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

Equipamentos necessários para os serviços de saúde nas unidades prisionais

. Microcomputador compatível com Pentium 3 – 800 MHZ

.Frigobar para armazenamento de material biológico coletado para exames laboratoriais.

.Equipamentos Odontológicos:

amalgamador

aparelho fotopolimerizador

cadeira odontológica

compressor

equipo odontológico com pontas (alta e baixa rotação)

estufa ou autoclave

macho

refletor

unidade auxiliar

.Instrumental Odontológico Mínimo (em Quantidade proporcional ao número de atendimentos diários previstos):

alveolótomo

aplicador para cimento (duplo)

bandeja de aço

brunidor

cabo para bisturi

cabo para espelho

caixa inox com tampa
 condensadores (tamanhos variados)
 cureta de periodontal tipo Gracey (vários números)
 curetas alveolares
 elevadores (alavancas) para raiz adulto
 escavador de dentina (tamanhos variados)
 esculpido Hollemback
 espátula para cimento
 espelho odontológico
 fórceps adultos (vários números)
 frascos Dappen de plástico e de vidro
 lamparina
 lima óssea
 pinça Halstead (mosquito) curva e reta
 pinça para algodão
 placa de vidro
 porta agulha pequena
 porta amálgama
 porta matriz
 seringa Carpule
 sindesmótomo
 sonda exploradora
 sonda periodontal milimetrada
 tesoura cirúrgica reta e curva
 tesoura íris
 tesoura standard

ANEXO II

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

TERMO DE ADESÃO

A Secretaria de Saúde e a Secretaria de Justiça do Estado _____, por estarem de acordo com o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, aprovado pela Portaria Interministerial N.º 628, de 02 de abril de 2002, formalizam o presente Termo de Adesão.

Nesse sentido, comprometem-se a formular o Plano Estadual respectivo, apresentando-o ao Conselho Estadual de Saúde, e que deverá conter, no mínimo, os seguintes componentes:

forma de gestão do Plano;
 forma de gerência dos serviços de saúde das unidades prisionais
 organização da referência e contra-referência
 recrutamento/contratação e capacitação de recursos humanos
 contrapartida estadual das Secretarias de Saúde e de Justiça (e, se for o caso, dos municípios)
 resultados esperados e metas
 adequação do espaço físico e aquisição de equipamentos
 organização do sistema de informação
 parcerias governamentais e não governamentais
 São as seguintes as informações gerais acerca do Sistema Penitenciário no Estado:

Nº de unidades prisionais: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

População total prisional estimada: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

Psiquiátrica: _____

Masculina: _____

Feminina: _____

c) Recursos Humanos disponíveis:

Médico: _____

Odontológico: _____

Assistente Social: _____

Psicólogo: _____

Auxiliar de enfermagem: _____

Auxiliar de consultório dentário: _____

Servidores do sistema penitenciário: _____

Data:

Secretário de Estado da Saúde

Secretário de Estado da Justiça

XIV. Portaria Nº 1.824 de 2004

Dispõe sobre as normas relativas aos recursos adicionais destinados a estados, ao Distrito Federal e a municípios, qualificados para o recebimento de incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002, que institui o incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde (PN-DST/Aids), e aprova as normas relativas a este;

Considerando a importância da participação e parceria da sociedade civil organizada e de instituições não-governamentais no acompanhamento, atenção, promoção à saúde e reintegração social e familiar das pessoas vivendo com HIV/Aids; e

Considerando o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, acolhendo-os temporariamente, apoiando-os e orientando-os quanto aos cuidados à saúde, promovendo a adesão aos medicamentos, e seu uso correto, bem como o fortalecimento de seus laços sociais e familiares, reintegrando-os à sociedade, resolve:

Art. 1º Instituir recursos adicionais ao incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, instituído pela Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, destinados ao financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids por parte de estados, Distrito Federal e municípios qualificados para o recebimento do incentivo.

Art. 2º Estabelecer normas para o pleito de recursos adicionais para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids por parte de estados, Distrito Federal e municípios qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/Aids/SVS, instituído pela Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002.

Art. 3º Para pleitear os recursos adicionais de que trata esta Portaria, os estados e o Distrito Federal deverão elaborar uma Proposta Estadual para o financiamento de Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids localizadas no seu território, na qual deverão explicitar o tipo de Casa de Apoio e o número correspondente de acomodações que estarão sob gestão do estado e de cada um dos municípios, além dos mecanismos de referência e contra-referência entre as Casas de Apoio participantes da proposta e a rede instalada de serviços de saúde, de acordo com os artigos 9º e 10 e as orientações e instrumento específico disponíveis no endereço eletrônico: www.aids.gov.br/casasdeapoio.

§ 1º A Proposta Estadual para o financiamento de Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids deverá ser apresentada à respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no prazo de até 120 dias a partir da data de publicação desta Portaria. Decorrido esse prazo, não ocorrendo a apresentação, os municípios que possuem Casa(s) de Apoio objeto desta Portaria poderão encaminhar seus pleitos diretamente à respectiva CIB.

§ 2º A Proposta Estadual será revisada anualmente e encaminhada para pactuação na respectiva CIB.

Art. 4º Com base na Proposta elaborada, utilizando-se dos valores fixados por acomodação/mês, constante do parágrafo 1º do artigo 6º, deverão ser definidos os valores destinados ao estado e a cada município sob gestão dos quais estarão as Casas de Apoio participantes da Proposta e as acomodações correspondentes, respeitando os valores máximos de referência definidos para cada unidade federada, relacionados na tabela constante do Anexo desta Portaria.

Art. 5º São consideradas Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids as pessoas jurídicas de direito público e privado, organizadas sem fins lucrativos, legalmente constituídas, sem qualquer vínculo com empresas privadas prestadoras de serviços de saúde, que realizam serviços de cunho social e que aceitam disponibilizar aos usuários do SUS suas instalações para acomodação de caráter temporário ou de longa duração, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, orientação, adesão e cuidado ao tratamento, reinserção social e familiar.

§ 1º As instituições objeto desta Portaria devem estar devidamente registradas perante o Cartório de Registros Públicos, de acordo com a legislação em vigor, apresentando Regimento Interno do estabelecimento que contemple critérios para desenvolver as ações de apoio e atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids e garantia e respeito aos direitos humanos e às liberdades e garantias individuais.

§ 2º As instituições objeto desta Portaria devem ser dotadas de ambientes físicos em condições de higiene e instalações com grau de salubridade e nível de segurança que não coloque em risco os usuários.

§ 3º As instituições devem, ainda, dispor de funcionários próprios e/ou voluntários em período integral para desenvolver atividades de apoio à promoção à reinserção social, familiar e ao mercado de trabalho.

§ 4º As atividades de apoio à atenção à saúde de adultos vivendo com HIV/Aids por parte das Casas de Apoio, é definida como cuidados gerais, resguardados o sigilo e a dignidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, compreendendo:

- I - orientação para a promoção à saúde e a prevenção de infecções por DST/Aids e outras doenças infecciosas;
- II - estímulo ao processo de adesão ao tratamento;
- III - desenvolvimento de cuidados pessoais;
- IV - promoção do acesso aos serviços de saúde e de proteção aos direitos humanos;
- V - promoção de atividades profissionalizantes e/ou de geração de renda;
- VI - fornecimento de alimentação adequada;
- VII - realização de atividades lúdicas, de lazer e sócio-terapêuticas; e

VIII - promoção, manutenção e recuperação da autonomia dos indivíduos e restabelecimento dos vínculos familiares e sociais.

§ 5º O objetivo das Casas de Apoio deve pautar-se pela reintegração das pessoas no seu núcleo familiar e na comunidade e, ainda, a retomada ou o início do desenvolvimento de atividades laborais, contando com a rede de apoio social local.

§ 6º Essas instituições de promoção social que desenvolvem atividades complementares ao tratamento terapêutico e de promoção à saúde, articulam-se à rede do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitando as diretrizes estabelecidas pelos gestores locais.

§ 7º Os gestores estaduais e/ou municipais disponibilizarão aos funcionários ou voluntários das Casas de Apoio cursos de capacitação e aprimoramento, quando necessário, de acordo com o conhecimento técnico e científico atualizado.

§ 8º As Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids, objeto desta Portaria, são classificadas da seguinte forma:

I - Casa de Apoio Tipo 1 - são residências inseridas na comunidade, que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, para abrigar adultos assintomáticos do HIV ou que apresentem os primeiros sinais e sintomas da Aids, com necessidade de apoio psicossocial, acomodação, cuidados com alimentação e acompanhamento para adesão ao tratamento; e as seguintes características:

a) disponibilizam suas acomodações de acordo com necessidade definida pelo gestor local para os usuários do SUS e funcionam em caráter permanente, inclusive nos finais de semana, oferecendo no mínimo, 4 refeições ao dia; e
b) atendem, prioritariamente, a um perfil de usuários que apresentam condições para a prática de atividades educativas e profissionalizantes e que possuem vínculos familiares e sociais fragilizados, necessitando de promoção à sua reinserção no ambiente familiar e social para eventual retorno à sua moradia permanente.

II - Casa de Apoio Tipo 2 - são residências inseridas na comunidade que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, para abrigar adultos que apresentam sintomatologia da Aids, maior grau de dependência para realizar atividades e cuidados da vida diária, necessitando cuidados especiais, porém, não exigindo equipamentos para a manutenção de funções vitais ou de assistência de enfermagem ou médica de caráter contínuo, e apresentam as seguintes características:

a) disponibilizam acomodações para os usuários do SUS, de acordo com a necessidade definida pelo gestor local, que funcionam em caráter permanente, inclusive nos finais de semana, oferecendo no mínimo 5 refeições ao dia;
b) possuem camas Fowler, cadeiras de rodas e cadeiras para higiene em, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das suas acomodações, possuem pessoal de apoio (contratados ou voluntários) nas 24 horas, garantem serviço de transporte para fins de traslado do usuário aos locais de seus respectivos atendimentos médicos; e
c) atendem prioritariamente aos usuários dos SUS que receberam alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica e que se encontram clinicamente em período de recuperação física e social.

Art. 6º Para estabelecer o total de recursos a serem repassados para estados, Distrito Federal e municípios, para as Casas de Apoio, serão levados a efeito o número de acomodações destinadas ao acolhimento e apoio à atenção à saúde para adultos portadores de HIV/Aids, explicitado na Proposta Estadual de Casas de Apoio, respeitando os valores máximos definidos para cada Unidade da Federação.

§ 1º É fixado o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) por acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 1 e o valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por acomodação/mês para Casas de Apoio do Tipo 2.

§ 2º Os valores serão repassado pelo Governo Federal a estados, a municípios e ao Distrito Federal, qualificados previamente para recebimento do incentivo de acordo com a Proposta Estadual de Casas de Apoio aprovada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 7º Os recursos financeiros de que trata a presente Portaria são complementares aos recursos de outras fontes que os estabelecimentos eventualmente já percebam.

§ 1º Os recursos financeiros estarão vinculados à Proposta Estadual de Casas de Apoio Para Adultos Vivendo com HIV/Aids, respeitando prazos, instrumentos de repasse de recursos financeiros e de acompanhamento e avaliação, e devem ser utilizados para aperfeiçoar a capacidade organizacional e de resposta das Casas de Apoio.

§ 2º Os valores de referência máximos a serem transferidos para cada unidade da Federação estão relacionados na tabela constante do Anexo desta Portaria e no endereço eletrônico www.aids.gov.br/casasdeapoio

Art. 8º Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, a responsabilidade pelo repasse dos recursos financeiros aos Fundos de Saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, em conformidade com a Proposta Estadual de Casas de Apoio pactuada na respectiva Comissão Intergestores Bipartite.

§ 1º Os recursos financeiros serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos, devendo ser utilizada a mesma conta do pleiteante, correspondente aos recursos recebidos pelo incentivo previsto na Portaria nº 2.313 de 19 de dezembro de 2002.

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para transferência, regular e automática, para os respectivos Fundos de Saúde, observando a comprovação da aplicação dos recursos.

Art. 9º Às Secretarias Estaduais de Saúde compete:

I - providenciar, em conjunto com os municípios, a elaboração da Proposta Estadual de Casas de Apoio com documento identificando o total de acomodações a serem disponibilizadas ao SUS, conforme formulário específico encontrado no endereço eletrônico www.aids.gov.br/casasdeapoio, providenciando a sua pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e encaminhando-o ao Programa Nacional de DST/Aids/SVS;

II - pleitear os recursos correspondentes às Casas de Apoio localizadas nos municípios não qualificados ao incentivo, ou naqueles municípios qualificados, mas que, no momento da elaboração da proposta, não manifestarem interesse no pleito;

III - estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio, incluindo o estabelecimento de referência e contra-referência com a rede SUS, identificadas na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora; e

- IV - propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.
- Art. 10. Às Secretarias Municipais de Saúde compete:
- I - providenciar, em conjunto com o estado, a proposta Estadual de Casas de Apoio e o respectivo total de acomodações, conforme formulário específico disponibilizado pelo Programa Nacional de DST/Aids/SVS no endereço eletrônico www.aids.gov.br/casasdeapoio;
- II - pleitear os recursos correspondentes às Casas de Apoio localizadas no seu território;
- III - estabelecer instrumentos e mecanismos de repasse dos recursos financeiros e de acompanhamento para as Casas de Apoio, incluindo o estabelecimento de referência e contra-referência com a rede SUS, identificada na Proposta Estadual e sob a sua responsabilidade gestora; e
- IV - propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário.
- Art. 11. Constituem responsabilidades requisitos e prerrogativa dos estados, do Distrito Federal e dos municípios:
- I - responsabilidades:
- a) acompanhar, monitorar e avaliar as ações de apoio e atenção à saúde e às demais atividades e serviços complementares desenvolvidos pelas Casas de Apoio, objeto deste financiamento;
- b) manter atualizadas as informações sobre o número de adultos vivendo com HIV/Aids que se utiliza das Casas de Apoio sob sua gestão;
- c) o estado deverá definir e implementar, em conjunto com os demais municípios da região, metodologia eficaz de identificação de acomodações para encaminhamento de clientela referenciada, quando necessário, responsabilizando-se pelo acompanhamento dos casos referenciados, de acordo com as responsabilidades de controle e avaliação assumidas no âmbito do modelo de gestão do SUS; e
- d) tratando-se de recursos adicionais ao incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, deverão estar programados nos Planos de Ações e Metas (PAM) dos estados, Distrito Federal e municípios.
- II - requisitos:
- a) estar qualificado para o recebimento do incentivo instituído no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids/SVS pela Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 55, de 20 de março de 2003, Seção 1, pág. 25; e
- b) formalizar a solicitação e apresentar a Proposta Estadual de Casas de Apoio homologada pela respectiva Comissão Intergestores Bipartite.
- III - prerrogativa - transferência regular, Fundo a Fundo, dos recursos federais de que trata esta Portaria para o credenciamento e financiamento de acomodações das Casas de Apoio para Adultos vivendo com HIV/Aids.
- Art. 12. Caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/Aids da Secretaria de Vigilância em Saúde:
- I - avaliar as Propostas Estaduais, bem como prestar assessoria para seu desenvolvimento;
- II - homologar na Comissão Intergestores Tripartite as Propostas aprovadas;
- III - monitorar e avaliar o alcance dos objetivos propostos para o financiamento das Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids;
- IV - propor normas e instruções complementares, sempre que se fizer necessário; e
- V - encaminhar ao Fundo Nacional de Saúde a solicitação de transferência referente ao mês de competência.
- Art. 13. Para efeito de verificação da aplicação dos recursos, serão utilizadas planilhas de prestação de contas, conforme modelos disponíveis no endereço eletrônico www.aids.gov.br/casasdeapoio.
- § 1º Caso seja observada qualquer irregularidade, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional DST/Aids/SVS, deverá solicitar à respectiva Comissão Intergestores Bipartite que proceda a avaliação e emita, no prazo máximo de 30 dias da data de recebimento, relatório com parecer conclusivo.
- § 2º Se houver a comprovação do uso dos recursos adicionais em desacordo com o objeto da presente Portaria, a Secretaria de Saúde responsável será obrigada a devolver os recursos correspondentes ao valor utilizado em desacordo, acrescido do eventual saldo existente à época, através de código específico orientado pelo Fundo Nacional de Saúde, devendo ser suspenso o repasse de outras parcelas.
- § 3º Não poderá financiar simultaneamente uma mesma Casa de Apoio, por parte de estados e municípios.
- Art. 14. Os casos omissos serão decididos pelo Programa Nacional de DST/Aids/SVS em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.
- Art. 15. Os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o seguinte Programa de Trabalho: 10.845.1306.0214 – Incentivo Financeiro a Estados e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Art. 16. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO
TABELA DE VALORES DE REFERÊNCIA MÁXIMOS POR UNIDADE FEDERATIVA:
Valores de Referência por Unidade da Federação (em milhões de Reais)

UF	VALOR
ACRE	37.279,24
ALAGOAS	98.506,98
AMAPÁ	53.017,30
AMAZONAS	139.583,91

BAHIA	514.582,78
CEARÁ	340.800,00
DISTRITO FEDERAL	249.600,00
ESPÍRITO SANTO	280.800,00
GOIÁS	232.175,95
MARANHÃO	196.925,43
MATO GROSSO	595.200,00
MATO GROSSO DO SUL	548.400,00
MINAS GERAIS	798.209,32
PARÁ	192.664,73
PARAÍBA	145.947,62
PARANÁ	1.390.800,00
PERNAMBUCO	387.188,64
PIAUI	204.000,00
RIO DE JANEIRO	941.055,48
RIO GRANDE DO NORTE	110.544,92
RIO GRANDE DO SUL	759.280,76
RONDÔNIA	51.720,01
RORAIMA	43.984,97
SANTA CATARINA	457.312,65
SÃO PAULO	2.838.942,02
SERGIPE	85.686,81
TOCANTINS	273.000,00
TOTAL GERAL	11.967.209,52

XV. Portaria Nº 151 de 2009

A SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 45, do Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009,

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais;

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e possibilita a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua maior proteção e para o controle da infecção e da disseminação do vírus; e

Considerando que o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Art. 2º Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria.

Art. 3º Definir que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do teste a ser utilizado.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 4º Estabelecer que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com o disposto na Resolução RDC nº. 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde -DDST/AIDS/SVS/MS, definirá as normas técnicas necessárias aos pro-gramas de validação de reagentes para uso no diagnóstico da infecção pelo HIV.

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

Art. 7º Revogar a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 145, Seção 1, pág. 77, de 29 de julho de 2005.

HELOIZA MACHADO DE SOUZA

ANEXO I

Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

1 - Da Etapa I : Triagem - TESTE 1 (T1)

Para a Etapa I de triagem deverá ser utilizado um teste capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV-2. Poderão ainda ser utilizados, nessa etapa, testes que combinem a detecção simultânea desses anticorpos e de antígeno.

É permitida a utilização das seguintes metodologias, no teste da Etapa I:

- a) Ensaio imunoenzimático - ELISA;
- b) Ensaio imunoenzimático de micropartículas - MEIA;
- c) Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações - EQL;
- d) Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima - ELFA ;
- e) Ensaio imunológico quimioluminescente magnético CMIA;
- f) Testes rápidos: imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunocentrifugação;
- g) Novas metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.1 - Resultado da Etapa I - Triagem - TESTE 1 (T1)

1.1.1 - O resultado da amostra será definido a partir da interpretação de um ou mais testes cujos resultados deverão ser expressos em laudo laboratorial, conforme estabelecido no fluxograma do Anexo III a esta Portaria.

1.1.2 - A amostra com resultado reagente, no teste da Etapa I, deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.3 - A amostra com resultado não reagente, no teste da Etapa I, será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.3.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4 - A amostra com resultado indeterminado, no teste da Etapa I, não terá resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado e uma segunda amostra deverá ser coletada, o mais breve possível, e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.4.1 - Caso a paciente seja gestante, deverá ser solicitada segunda amostra para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses e nova amostra para realização de teste molecular, conforme orientações do item 4 do ANEXO I desta portaria.

1.1.4.2 - Caso o resultado com a segunda amostra persista indeterminado, o laudo deverá ser liberado como "Amostra Indeterminada para HIV".

1.1.4.3 - É obrigatória a liberação desse resultado.

1.1.4.4 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita clínica de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, após 30 dias, para esclarecimento do diagnóstico sorológico".

1.1.4.5 - Caso o resultado com a segunda amostra seja não reagente, o laudo deve ser liberado como "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.4.5.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4.6 - Caso o resultado com a segunda amostra seja reagente, esta deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

2 - Da Utilização dos Testes Rápidos na Etapa I

2.1 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2.2 - O teste rápido deve detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2.

2.3 - Caso o resultado do teste rápido seja positivo na Etapa I, uma nova amostra deverá ser coletada, imediatamente, para a realização da Etapa II desta Portaria.

2.4 - Caso o resultado do teste rápido seja inválido, deve-se repetir o teste imediatamente com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

2.5 - Persistindo o resultado inválido no teste rápido, deve-se utilizar outra metodologia dentre as definidas no item 1, do Anexo I desta Portaria.

3 - Da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

É permitida a utilização das seguintes metodologias no teste da Etapa II:

- a) Imunofluorescência indireta - IFI;
- b) Imunoblot - IB;
- c) Imunoblot rápido - IBR;
- d) Western Blot - WB;
- e) Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3.1 - Resultados da Etapa II - Complementar - Teste 2 (T2)

3.1.1 - Para a interpretação dos resultados e liberação do laudo, deverão ser analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das Etapas I e II. Estes poderão ser encontrados com as seguintes combinações, nos testes sequenciais das duas etapas:

A) Resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II: a amostra é positiva para HIV;

3.1.1.1 - Esse resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para HIV".

3.1.1.2 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Para comprovação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses".

3.1.1.3 - Esta segunda amostra deverá ser colhida o mais rapidamente possível, e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, preferencialmente no mesmo local em que se realizaram os testes com a primeira amostra.

3.1.1.4 - É responsabilidade do profissional de saúde que atender o indivíduo solicitar e identificar o pedido do exame como segunda amostra, e do laboratório ou do serviço de saúde registrá-la como tal para a finalização do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.5 - Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para o HIV".

3.1.1.6 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria número e data".

B) Resultados indeterminados ou discordantes entre as Etapas I e II:

Reagente, na Etapa I, e não reagente ou indeterminado, na Etapa II, deverão ser liberados como "Amostra Indeterminada para HIV".

3.1.1.7. - É obrigatória a liberação desse resultado e o laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, 30 dias após a data da coleta desta amostra"

3.1.1.8 - A nova amostra deverá ser colhida e submetida ao fluxograma do Anexo III a esta Portaria, preferencialmente no mesmo local em que se realizou o teste com a primeira amostra, e o resultado deve ser interpretado de acordo com o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.9 - Caso o resultado com a nova amostra permaneça indeterminado, deve-se considerar a possibilidade da realização de testes moleculares (RNA e/ou DNA), para auxiliar na definição do diagnóstico.

3.1.1.10 - A ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior em gestantes ou portadores de algumas enfermidades. Nessas situações, a avaliação conjunta da história clínica, do risco de exposição do indivíduo à infecção pelo HIV e o resultado laboratorial devem orientar as decisões.

3.1.1.11 Havendo persistência de resultado indeterminado nos testes e suspeita clínica ou epidemiológica de infecção, pode-se coletar uma nova amostra para investigação da infecção pelo HIV-2 ou, ainda, para realização de outros testes indicados para o diagnóstico.

4 - Da Utilização dos testes moleculares para amostras indeterminadas em gestantes

4.1 - Os testes moleculares serão utilizados para auxiliar a definição do diagnóstico da infecção do HIV-1 em gestantes que apresentarem resultado indeterminado na primeira amostra.

4.2 - O laboratório deverá encaminhar ao médico uma solicitação de segunda amostra, que será submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, e a solicitação de uma nova amostra para a realização de teste molecular, devendo seguir o modelo de solicitação conforme anexo V a esta Portaria.

4.3 - O médico deverá encaminhar a solicitação de teste molecular, vinda do laboratório, juntamente com o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA-I ao Laboratório da Rede Nacional de Carga Viral, seguindo as recomendações de coleta de amostras para testes moleculares.

4.4 - É obrigatório o envio dos dois formulários (solicitação de nova amostra e BPA-I), devidamente preenchidos, para a realização do teste molecular.

5 - Da Interpretação dos Testes Western Blot

5.1 - A interpretação do teste de Western Blot deverá seguir os critérios:

a) Amostra negativa: ausência de reatividade (bandas), com qualquer proteína viral utilizada no ensaio;

b) Amostra positiva: reatividade (bandas), em pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160;

c) Amostra indeterminada: qualquer padrão de reatividade (bandas) diferente do item anterior.

5.2 - A interpretação dos testes Imunoblot e Imunoblot rápido deverão seguir o disposto nas instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

6 - Do Laudo

6.1 - Deverá ser legível, sem rasuras na sua transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado.

6.2 - Deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

6.3 - Deverá constar do laudo a interpretação final do resultado da amostra que será: Amostra Reagente para HIV, ou Amostra Não Reagente para HIV ou Amostra Indeterminada para HIV.

6.4 - Deverão constar do laudo, igualmente, os resultados de todos os testes realizados, inclusive quando em número superior ao determinado pelo Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

6.5 - Deverão ser expressos: o resultado numérico da amostra, o ponto de corte (cut-off) e a unidade de medição do método utilizado, quando os resultados forem positivos ou indeterminados, excetuando-se os resultados obtidos por testes cuja leitura é visual.

6.6 - Deverá ser reportado o resultado de todas as bandas reativas encontradas nos testes Western Blot, Imunoblot e Imunoblot Rápido.

ANEXO II

Diagnóstico da infecção pelo HIV por Testes Rápidos

1 - Do Diagnóstico Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

As instituições de saúde públicas e privadas que utilizem testes rápidos devem promover e manter os processos de qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

1.1 - O diagnóstico rápido poderá ser realizado nas seguintes situações especiais:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA;
- c) Segmentos populacionais flutuantes;
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.2 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2 - Da Realização do Teste Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV deve ser realizado com testes rápidos (TR) capazes de detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2, de acordo com o fluxograma do Anexo IV.

2.1 - Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra e o indivíduo orientado a aguardar o resultado no local.

3 - Do resultado dos testes rápidos

3.1 - A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".

3.1.1 - O laudo deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

3.2 - A amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utilizado como TR2.

3.2.1 - A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV".

3.3 - A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

3.4 - Caso o resultado do TR1 ou do TR2 seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

3.5 - Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

4 - Do Laudo

4.1 - Deverá constar, no laudo do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto diagnóstico utilizado.

4.2 - Deverá constar, no mesmo laudo, a interpretação final do resultado da amostra, que será: Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV.

4.3 - O laudo deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

5 - Considerações e Recomendações

1 - Não existem testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do laboratório clínico.

2 - Janela imunológica é o tempo entre a exposição do indivíduo ao vírus e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente do tempo decorrido entre a infecção do indivíduo e sua resposta imunológica.

3 - Os testes de triagem que combinam em sua metodologia antígeno e anticorpo permitem a detecção precoce da infecção pelo HIV, quando comparados aos testes confirmatórios que detectam apenas anticorpos. Portanto, resultados falso-negativos na Etapa II podem ocorrer quando da utilização dos testes que detectam apenas anticorpos na Etapa II.

4 - O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à história clínica e/ou epidemiológica do indivíduo.

5 - Testes moleculares RNA e/ou DNA, embora não sejam preconizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV, podem ser úteis para auxiliar a definição de casos indeterminados, principalmente em gestantes.

6 - Quando houver a necessidade de investigação de soroconversão, recomenda-se proceder à coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, e repetir o conjunto de procedimentos sequenciados descritos nesta Portaria.

7 - A detecção de anticorpos anti-HIV, em crianças com idade inferior a 18 meses, não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

8 - É obrigatória a solicitação de um documento oficial de identificação do indivíduo que será submetido à coleta. Esse documento deve ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

Parágrafo único. Essa exigência não se aplica aos serviços que realizam o diagnóstico anônimo da infecção pelo HIV. Nesse caso, deve-se comunicar ao indivíduo, no momento do aconselhamento pré-teste, que não será entregue cópia do laudo por escrito.

9 - É de responsabilidade dos serviços de saúde que ofertam o diagnóstico do HIV realizar o aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados e os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade.

XVI. Portaria Conjunta Nº 1 de 2013

Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento.

O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO A SAÚDE E O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 52 do Anexo ao Decreto nº. 7.797, de 30 de agosto de 2012, e

Considerando a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante o acesso aos medicamentos para as pessoas vivendo com HIV/Aids;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que instituiu o Regulamento Técnico sobre o controle e dispensação dos medicamentos antirretrovirais constantes da lista C4;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 6, de 29 de janeiro de 1999, que aprova a Instrução Normativa da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;

Considerando a Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 699, de 3 de abril de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão onde o processo de pactuação e planejamento SUS potencializa ações da Vigilância em Saúde, tendo em vista a definição de estratégias de integração com a assistência à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde, e uma maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regionais (CGR);

Considerando a Portaria SAS/MS nº 154, de 18 de março de 2008, que define a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e, ainda, a necessidade de estabelecer parâmetros de identificação dos Serviços de Atenção à DST/HIV/AIDS;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009, que define o fluxograma mínimo de diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas posteriores alterações, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Considerando a importância epidemiológica, a magnitude social, a morbidade das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids e o aprimoramento da organização da rede de atenção integral e universal às pessoas com DST/HIV/Aids; e

Considerando a necessidade de estabelecer diretrizes para a organização da estrutura e do funcionamento do Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Atenção Especializada, Centro Referência e Treinamento, Assistência Domiciliar Terapêutica e Unidade Dispensadora Medicamentos, existentes em todo o território nacional ou que venham a ser implantados, resolve:

Art. 1º Fica alterado, na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, conforme Anexo I a esta Portaria.

Art. 2º Fica aprovado, na forma do Anexo II a esta Portaria, o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids.

§ 1º Os Serviços de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) são composto pelas seguintes classificações:

I - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção das DST, Aids e hepatites virais, destinadas, prioritariamente, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e à população em geral;

II - Serviço de Atenção Especializada (SAE): unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids;

III - Centro de Referência e Treinamento (CRT): unidade de referência na atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas subespecialidades composta por equipe multiprofissional expandida;

IV - Assistência Domiciliar Terapêutica em Aids (ADT): assistência multiprofissional prestada às pessoas com HIV/Aids, em nível domiciliar, englobando desde atendimento de curta duração, semelhante ao nível ambulatorial até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração e programação eletiva; e

V - Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): estabelecimento integrante de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realizam ações voltadas para a assistência farmacêutica, inclusive dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais (ARV), ou produtos estratégicos para as DST/Aids, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos).

§ 2º As classificações dos Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids deverão estar registradas nos estabelecimentos de saúde cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que as possuem.

§ 3º A criação ou adequação dos Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids devem observar, além dos critérios de organização e funcionamento, os seguintes aspectos:

I - população a ser atendida;

II - necessidade de cobertura assistencial;

III - mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra referência;

IV - capacidade técnica e operacional dos serviços;

V - série histórica de atendimentos realizados, levando em consideração a demanda reprimida, nos casos em que for identificada; e

VI - rede de atenção à saúde estabelecida, consolidação de fluxos com rede de referência hospitalar em atendimento de urgência e emergência, serviços de atendimento pré-hospitalar, rede laboratorial, com a Central de Regulação, quando houver, e demais serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares.

§ 4º Os serviços definidos no código 106, classificação 004 dispostos nessa Portaria, serão incluídos no procedimento "0301050040 - Assistência domiciliar terapêutica multiprofissional em HIV/AIDS (ADTM)" da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

§ 5º A organização das estruturas e o funcionamento dos Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, serão estabelecidos em conformidade com cada modalidade prevista e na forma do Anexo II, que institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids.

Art. 3º Caberá às Secretarias de Saúde dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal cadastrar, classificar e supervisionar os Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, estabelecendo os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos usuários no Sistema Único de Saúde, no âmbito das Rede de Atenção à Saúde.

Art. 4º Compete ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), por meio da Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI), providenciar junto ao Departamento de Informática do SUS (DATA SUS/SE/MS) a efetivação das adequações no SCNES, definidas nesta Portaria.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor sessenta dias após a data de sua publicação.

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO I

Quadro - Reclassificação dos Serviços de DST/HIV/AIDS definidos no código 106 da Portaria SAS/MS nº 154, de 18 de março de 2008.

Os grupos abaixo discriminados foram classificados para possibilitar o cadastramento no CNES e atender à diversidade das categorias profissionais dos serviços de Atenção à DST/HIV/Aids. Não implica uma hierarquização de importância/qualidade crescente dos serviços.

COD SERV DESCRICAO COD DESCRICÃO DA CLASSIFICAÇÃO GRUPO CBO DESCRICÃO DO SERVIÇO CLASS

106 SERVIÇO DE ATENÇÃO A 001 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA 01 2235-05 ENFERMEIRO

DST/HIV/AIDS

ANEXO I

ANEXO II

REGULAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS

CAPITULO I

CARACTERÍSTICAS DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA

I. CÓD. 106 - CLASSIFICAÇÃO 001 - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção das DST, Aids e hepatites virais, destinadas, prioritariamente, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e à população em geral.

1. Estrutura dos CTA:

1.1. Espaço físico:

A organização do espaço físico deve ser apropriada para que os CTA possam realizar suas atividades adequadamente, garantindo privacidade e confidencialidade. Os serviços devem estar devidamente identificados para que os usuários possam localizá-los com facilidade.

Considerando que muitos dos CTA estão inseridos em outras unidades de saúde, recomenda-se sinalização e informações com orientações para que os usuários possam identificar que os serviços de testagem e aconselhamento estão disponíveis no local. É possível que alguns dos espaços sejam compartilhados por diferentes atividades do serviço, tais como:

Recepção;

Sala de coleta;

Sala de espera;

Espaço de arquivamento;

Sala de gerência/apoio;

Sala de atividade coletiva.

Os CTA devem dispor, também, de espaços para uso exclusivo durante todo o horário de funcionamento do serviço:

Sala de aconselhamento individual para abordagem em HIV/Aids, Hepatites Virais e demais DST (sífilis, clamídia, gonorreia, herpes e HPV);

Sala de atendimento individual com pia e equipamentos para os serviços que realizarem teste rápido;

Sala de vacina com pia e equipamentos para armazenagem dos insumos de acordo com as normas do Programa Nacional imunização (PNI).

1.2. Horário de funcionamento:

Para a promoção do acesso da população às suas atividades, é recomendável que os CTA funcionem em período integral (manhã e tarde) e, quando possível, em horário estendido (à noite e/ou nos finais de semana).

1.3. Recursos humanos:

Recomenda-se que as equipes dos CTA sejam formadas por profissionais com carga horária adequada à demanda do serviço, devendo ser ampliada de acordo com a capacidade instalada e o acréscimo de atividades desenvolvidas, incluindo atividades extramuros.

Considerando o Anexo I desta portaria, código de serviço 106, classificação 001, grupos 01 a 06 apresenta diferentes possibilidades de composição da equipe mínima, contemplando a diversidade de estruturas dos CTA. À medida que haja uma melhoria na capacidade instalada e acréscimo de atividades é desejável que os serviços se estruturam com a equipe multiprofissional composta por:

Médico clínico;

Enfermeiro;

Assistente Social;

Psicólogo;

Auxiliar de Enfermagem.

Outros profissionais também poderão fazer parte como equipe complementar, tais como um agente de prevenção capacitado em redução de danos, profissional de apoio para operar o Sistema de Informações dos CTA - SI-CTA sobre a população testada definido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

2. Principais atividades:

2.1. Realizar diagnóstico sorológico de HIV e triagem sorológica para sífilis e hepatites B, C e D

2.1.1. Sorologias:

Sorologia para HIV (Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009);

Sorologias para sífilis treponêmicas e não treponêmicas;

HBsAg + anti-HBc total para hepatite B;

Anti-HCV para hepatite C;

Anti-HDV para hepatite Delta, principalmente na Amazônia Ocidental - local de alta prevalência.

2.1.2. Testes Rápidos (TR):

TRs Anti-HIV, Treponêmico para Sífilis e Hepatites Virais B (HBsAg) e C (anti-HCV).

Todos os CTA devem ofertar o teste rápido diagnóstico (TRD) do HIV 1/2, e testagem rápida (TR) como triagem para sífilis e hepatites virais, sobretudo para a ampliação do acesso ao diagnóstico entre populações com maior vulnerabilidade às infecções.

2.1.3. vacinação

Os CTA deverão oferecer à população a vacina contra hepatite B, entre outras, e/ou referenciar uma unidade da atenção primária à saúde (APS) mais próxima para a oferta de vacinas. Para a oferta de vacinas o CTA deve atender a qualificação em equipamentos, sala, insumos e recursos humanos de acordo com o estabelecido nas normatizações do Programa Nacional de imunização (PNI), Ministério da Saúde.

2.2. Aconselhamento

O aconselhamento é uma ação de prevenção que permite a atenção individualizada e singular, além de representar importante componente do processo de diagnóstico do HIV 1/2, da sífilis e das hepatites virais. Deve estar previsto na rotina do CTA nos momentos pré e pós testagem e no atendimento às pessoas que buscam o serviço. O aconselhamento antes da testagem deve ser oferecido a todos os usuários dos CTA. Para os CTA que ofertam diferentes modalidades de testagem (rápida ou convencional), é prerrogativa do usuário a decisão pelo método a ser utilizado.

Considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas, todas as entregas de resultados de exames realizados nos CTA, independentemente de seus resultados, devem ser acompanhadas de aconselhamento individual pós-teste.

2.3. Atender às pessoas vivendo com DST/HIV/Aids e/ou hepatites B e C

São atribuições dos CTA na atenção às pessoas vivendo com HIV e portadores de DST e hepatites virais:

Realizar encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência;

Disponibilizar atendimento aos usuários no período que sucede o diagnóstico, quando estes ainda não estiverem sendo acompanhados nos serviços de referência;

Realizar ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes.

2.4. Disponibilizar materiais informativos e educativos

Distribuição de materiais informativos, educativos e insumos de prevenção no CTA e em locais públicos ou eventos.

2.5. Orientar quanto ao uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos

Os CTA devem abordar a questão na perspectiva da redução de danos (RD) e adequar às orientações preventivas, no momento do aconselhamento, conforme o tipo de droga utilizada. Os insumos de RD devem estar disponíveis no serviço e nas atividades extramuros, quando pertinente.

2.6. Atividades extramuros para prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e demais DST:

Testagem e aconselhamento;

Ações de redução de danos em campo;

Atividades de prevenção em campo para segmentos mais vulneráveis e educativos em instituições, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc;

Distribuição de material informativo e de insumos de prevenção em locais públicos ou eventos;

Atividades de divulgação dos CTA;

vacinação para hepatite B entre outras;

Encaminhamento para outros serviços do SUS ou rede de apoio da comunidade;

Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço.

2.7. Estabelecer CTA volante ou itinerante

Consideram-se CTA volantes ou itinerantes as unidades móveis vinculadas aos CTA, com estrutura para realização de testagem e aconselhamento, nas quais há o deslocamento de equipes para a realização desses procedimentos em outras unidades de saúde e/ou instituições (presídios, escolas, empresas, etc.).

2.8. Promover articulação com Redes de Atenção à Saúde (RAS), outras instituições locais e programas de DST/Aids e hepatites virais.

2.9. Tratamento

Os CTA deverão se estruturar para realização de abordagem sindrômica das DST e para os casos de HIV e hepatites virais confirmados, deverão encaminhar para serviços de referência mais próximo, ofertando a integralidade da assistência ao usuário.

2.10. Realizar ações de vigilância voltadas para o HIV/Aids, hepatites virais e sífilis

Os CTA tem o dever legal de notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os seguintes agravos:

Suspeita de casos e casos confirmados de hepatites virais em instrumento específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN 1;

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;

Sífilis em gestantes;

Sífilis adquirida;

Sífilis congênita;

Síndrome do corrimento uretral.

2.11. Realizar capacitações

Os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros trabalhadores, em temas como aconselhamento, redução de danos, técnica de testagem rápida e outros definidos conforme suas habilidades.

2.12. Produzir informação

O uso de sistemas de informação facilita a sistematização dos dados coletados nos CTA, o planejamento do trabalho e o monitoramento dos resultados alcançados pelo serviço.

3 Insumos essenciais

Devem ser disponibilizados sem barreiras, segundo critérios definidos pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, respeitando as necessidades, práticas sexuais e uso de drogas por parte de cada usuário. São considerados insumos essenciais de prevenção no CTA:

Preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm;

Preservativos femininos;

Gel lubrificante;

Vacinas;

Kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas da pessoa em atendimento;

Materiais informativos e educativos;

Outros a serem definidos de acordo com a realidade do serviço.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS DOS SAE, CRT e ADT - ASPECTOS GERAIS.

1. Localização

O serviço deverá ser implantado em unidades de saúde pública, filantrópicas ou privadas conveniadas ao SUS, que possuam condições para o funcionamento de serviço ambulatorial, com registro no SCNES, além de estarem integradas à Rede de Atenção à Saúde, sob a gestão das Secretarias de Estado ou Secretarias Municipais de Saúde ou consórcios intermunicipais;

Recomenda estar localizado em um local de fácil acesso, tanto dentro do espaço geográfico do município (considerando malha viária, localização da população, entre outros fatores), quanto dentro da unidade de saúde (o que implica em boa sinalização e fácil acesso, entre outros fatores);

Deverá garantir o acesso de usuários com necessidades especiais, idosos e crianças, e localizado preferencialmente no piso térreo.

2. Infraestrutura

Para cumprir seus objetivos o serviço deve ser projetado e construído com infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas, de acordo com as normas vigentes (RDC n 50/02; Lei 6.360/76, e suas atualizações).

Destacam-se os seguintes aspectos:

A recepção aos pacientes deve ser estruturada para permitir adequada organização do fluxo de pacientes e funcionários;

A sala de espera deve ser confortável e com número de assentos compatível com a demanda atendida, prevendo espaço para cadeirante e carrinho de bebê, e preferencialmente com a disposição de recursos audiovisual, para fins educativos. Recipientes para lixo devem estar dispostos visivelmente e em número adequado, além da necessidade de haver bebedouro ou máquina de dispensação de água com copos descartáveis, preferencialmente;

As condições de ventilação e iluminação devem ser adequadas, de preferência com luz natural, tanto para os consultórios como para a sala de espera, e em caso de ventilação artificial estar de acordo com a RDC nº 50/02;

Devem ser observadas as condições de segurança dos ambientes, para mapeamento de riscos e prevenção de acidentes, principalmente se o serviço atender crianças;

Os consultórios devem dispor de mesa, cadeiras, pia com dispensador de sabonete líquido, papel toalha, maca acolchoada com roupa, almofada com álcool gel a 70%, algodão, estetoscópio, termômetro, otoscópio, oftalmoscópio, negatoscópio, esfignomanômetro, lanterna clínica, martelo para exame neurológico, adipômetro, balança e régua antropométrica, fita métrica e abaixadores de língua, equipamentos de proteção individual, recipiente para lixo, mobiliário para os formulários pertinentes ao atendimento. Deve haver banheiros que contenha pia ou lavatório com água corrente, de fácil acesso aos funcionários e em boas condições de limpeza. Nas áreas comuns deve haver banheiros para a população atendida e com acesso a usuários com necessidades especiais;

Recomenda-se uma sala para reuniões com mobiliário compatível com atividades em grupos, que deverá ser utilizada tanto para reuniões da própria equipe quanto para atividades voltadas a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids, como grupos de adesão, de convivência, de gestantes, de adolescentes, etc;

É ainda recomendável que o serviço tenha computador com acesso à internet.

I. CÓD. 106- CLASSIFICAÇÃO 002- SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - SAE

Os Serviços de Atenção Especializada (SAE) são unidades ambulatoriais voltadas a atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids.

1. Estrutura dos SAE

1.1. Recursos Humanos:

Equipe multiprofissional mínima recomendada:

Médico clínico treinado e/ou infectologista;

Enfermeiro;

Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem;

Assistente social e/ou Psicólogo.

1.2. Atribuições do Serviço:

Prestar atenção integral, com uma equipe multiprofissional, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, às pessoas com DST/HIV/Aids.

1.3. Principais atividades

1.3.1. Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros, como:

Facilitar acesso a insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos;

Incluir ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas;

Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual;

Oferecer atividades voltadas para a adesão ao tratamento; Promover ações em sala de espera;

Realizar o manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia;

Promover ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais;

Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHA;

Realizar avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e prática de atividade física, por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços;

Realizar abordagem de parceiros e oferecer teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

1.3.2. Prestar assistência clínica, e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, individual e/ou coletivo, incluindo:

Construir Projetos Terapêuticos Individualizados (com a participação do usuário);

Abordagem clínica e laboratorial de adulto, adolescente, criança exposta e infectada pelo HIV e gestantes;

Indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);

Indicação e manejo de terapia antirretroviral (ARV);

Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia ARV;

Realizar preenchimento facial ou ter referências estabelecidas, de acordo com as recomendações da Portaria conjunta SAS SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009, para tratamento da lipoatrofia;

Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo;

Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas;

Diagnóstico e manejo das coinfeções (HV, HTLV entre outros);

Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente);

Realização de Prova Tuberculínica;

Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem;

Prevenção e tratamento das afecções odontológicas por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços.

1.3.3. Ter referências para serviços de apoio diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência.

1.3.4. Oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos.

1.3.5. Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela RAS.

1.3.6. Prestar atenção integral às DST.

1.3.7. Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às DST, Aids e coinfeções.

1.3.8. Outras Atividades:

A decisão do acompanhamento no SAE, de outros agravos incluindo Hepatites Virais, deve ser da gestão local, considerando as Redes de Atenção a Saúde.

1.4. Insumos essenciais:

Preservativos masculinos, preservativos femininos, gel lubrificante, kits de redução de danos, materiais educativos, antirretrovirais (caso possua UDM associada), PPD (Derivado Proteico Purificado), pote coletor para escarro, mascaras, teste rápido do HIV 1/2, sífilis e Hepatites B e C, insumos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas e das DST, de acordo com os planos de pactuações locais.

II. CÓD. 106- CLASSIFICAÇÃO 003 - CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO - CRT

Os Centros de Referência e Treinamento (CRT) são unidades de referência na atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas sub-especialidades composta por equipe multiprofissional expandida.

1. Estrutura dos CRT:

1.1. Recursos Humanos:

A equipe multiprofissional expandida deverá ser composta por:

Médicos infectologistas, com pelo menos um médico de referência em genotipagem;

Médico Ginecologista e Obstetra;

Enfermeiro;

Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem;

Assistente social;

Psicólogo;

Nutricionista;

Cirurgião Dentista.

Nas regiões em que haja demanda pediátrica recomenda-se a inclusão do médico pediatra na equipe multiprofissional.

Recomenda-se, ainda, que os CRT realizem o preenchimento facial, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria conjunta SAS SVS nº 1, de 20 janeiro de 2009. Diante disto, deve-se incluir o médico dermatologista e/ou cirurgião plástico capacitado para realização deste profissional, na equipe multiprofissional do CRT.

Idealmente, a equipe expandida necessária à realização das atividades de referência do serviço deve contar ainda com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e profissional de educação física.

1.2. Atribuições do serviço:

Prestar atenção integral e especializada por equipe multiprofissional expandida, voltada ao atendimento ambulatorial, individual e/ou coletivo, a adultos e/ou crianças vivendo com DST/HIV/Aids;

Referência técnica para assistência e capacitação de recursos humanos dos diferentes níveis de complexidade dos serviços da rede SUS, no atendimento às DST/HIV/Aids;

Contribuir com a supervisão técnica de demais equipes das unidades de saúde, em sua área geográfica.

1.3. Principais atividades:

1.3.1. Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/ Aids e seus parceiros, como:

Facilitar acesso a insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos;

Incluir ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas;

Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual;

Oferecer atividades voltadas para a adesão ao tratamento; Promover ações em sala de espera;

Realizar manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia;

Promover ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais;

Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHA;

Realizar avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento alimentar, nutricional e prática de atividade física;

Realizar abordagem de parceiros e oferecer teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C.

1.3.2. Prestar assistência clínica e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, individual e/ou coletivo, incluindo:

Construir Projetos Terapêuticos Individualizados (com a participação do usuário);

Abordagem clínica e laboratorial de adultos, adolescentes, crianças expostas e infectadas pelo HIV e gestantes;

Indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST);

Indicação e manejo de terapia antirretroviral (ARV);

Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia ARV (incluindo a abordagem às dislipidemias e lipodistrofia);

Realizar preenchimento facial ou ter referências estabelecidas, de acordo com as recomendações da Portaria conjunta SAS SVS nº 1, de 20 de janeiro de 2009, para tratamento da lipoatrofia;

Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo;

Diagnóstico e manejo das co-morbidades e infecções oportunistas;
 Diagnóstico e manejo das coinfeções (HV, HTLV entre outros);
 Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente);
 Realização de Prova Tuberculínica;
 Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem;
 Prevenção e tratamento das afecções odontológicas.

1.3.3. Ter referências para serviços de apoio diagnóstico, laboratoriais e outros, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência.

1.3.4. Oferecer assistência aos casos de acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos.

1.3.5. Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela RAS.

1.3.6. Prestar atenção integral às DST.

1.3.7. Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às DST, Aids e coinfeções.

1.3.8. Desenvolver programas de formação, aperfeiçoamento e treinamento para a rede de atenção a saúde loco regional, além de desenvolver e apoiar pesquisa científica.

1.3.9. Outras Atividades:

A decisão do acompanhamento no CRT, de outros agravos incluindo Hepatites Virais, deve ser da gestão local, considerando as Redes de Atenção a Saúde.

1.4. Insumos essenciais:

Preservativos masculinos, preservativos femininos, gel lubrificante, kit de redução de danos, para pessoa que usa drogas, materiais educativos, PPD (Derivado Proteico Purificado), pote coletor para escarro, mascaras, teste rápido para o diagnóstico do HIV 1/2, sífilis e hepatites B e C, antirretrovirais, polimetilmetacrilato e outros insumos e equipamentos necessários para o tratamento da lipoatrofia facial, adipômetro, insumos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas e das DST, de acordo com os planos de pactuações locais.

III CÓD. 106- CLASSIFICAÇÃO 004 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA EM AIDS - ADT

Assistência multiprofissional prestada às pessoas com HIV/Aids, no domicílio, com programação eletiva, englobando desde atendimento de curta duração, até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.

1. Estrutura dos ADT

1.2. Recursos Humanos:

Equipe multiprofissional mínima recomendada:

Médicos clínicos treinados e/ou infectologistas;

Enfermeiro;

Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem;

Psicólogo;

Assistente Social;

Fisioterapeuta.

1.3. Principais atividades:

1.3.1. Abordagem assistencial, preventiva e educativa voltada à qualidade de vida dos pacientes com infecção pelo HIV/AIDS e seus familiares, diretamente em seus domicílios, tais como:

Consultas profissionais;

Procedimentos terapêuticos simples;

Coleta de exames laboratoriais;

Controle de exames de rotina;

Acompanhamento e cuidados de enfermagem;

Acompanhamento psicológico e social;

Fisioterapia;

Controle nutricional;

Orientações de condutas de auto cuidados;

Oferta de insumos de prevenção;

Realização de atividades voltadas à adesão;

1.3.2. Proporcionar cuidados paliativos, controlando a dor e outros sintomas, melhorando o conforto físico e bem-estar do paciente.

1.3.3. Ter referência e contra referência, estabelecidas pela RAS, com Hospitais; Hospitais Dia; SAE; ambulatórios; UBS, especialmente; estratégia Saúde da Família; SAMU (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência) e UPAS (Unidades de Pronto Atendimento). Além de articulação com recursos comunitários necessários à promoção da saúde e bem-estar do paciente.

1.3.4. Instrumentalizar os cuidadores e reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com pacientes HIV/AIDS.

CAPÍTULO III

CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS - UDM

I. CÓD. 106 - CLASSIFICAÇÃO 005 - UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS - UDM

São Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) os estabelecimentos integrantes de serviço de saúde público, filantrópico ou privado sem fins lucrativos, que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia (TARV), bem como seu acompanhamento e monitoramento, sem prejuízo à dispensação

de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos ARV, ou produtos estratégicos para as DST/Aids, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos), dentre outros.

1. Aspectos Gerais

1.2. Localização:

Deve estar localizada de modo a facilitar o acesso, tanto dentro do espaço geográfico do município (considerando malha viária, localização da população, entre outros fatores), quanto dentro da unidade de saúde (o que implica em boa sinalização e fácil acesso, entre outros fatores);

O ambiente destinado à UDM deve ser exclusivo para desenvolver as atividades relacionadas à assistência farmacêutica;

A UDM deverá ser independente, de forma a não permitir a comunicação com qualquer outro local distinto do estabelecimento no qual está inserida e deverá possuir circulação restrita aos funcionários da farmácia, exceto nas áreas de atendimento e aconselhamento. O acesso de pessoas não autorizadas ao serviço deverá ser proibido;

Deverá, obrigatoriamente, garantir o acesso de usuários com necessidades especiais, localizada, preferencialmente, no piso térreo.

1.3. Infraestrutura:

A UDM deve ser projetada e construída com infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas (Resoluções ANVISA/MS RE nº 328/99; RDC nº 50/02; RDC nº 214/06; Lei nº 6.360/76, e suas atualizações).

1.4. Horário de funcionamento:

É recomendado que caso a UDM esteja inserida em unidade ou serviço, ela acompanhe o horário de funcionamento desse estabelecimento.

Destacam-se, abaixo, alguns aspectos considerados de especial relevância, tendo em vista o objeto e a população em questão: As instalações devem possuir superfícies (piso, teto e paredes) lisas e impermeáveis, de fácil lavagem e sem rachaduras;

As condições de ventilação e iluminação devem ser adequadas às atividades desenvolvidas e a temperatura, ideal para o armazenamento adequado dos medicamentos;

O ambiente de armazenamento deve ser protegido contra a incidência direta de luz solar e contra a entrada de roedores e insetos, com proteção nas janelas;

Instalações elétricas devem ser mantidas em bom estado de conservação e condições de segurança, evitando-se ligar dois aparelhos em um mesmo ponto elétrico;

Deve haver banheiros que contenha pia ou lavatório com água corrente, isolados do local de manipulação de medicamentos, de fácil acesso aos funcionários e em boas condições de limpeza;

Deve dispor de uma área para a guarda dos pertences dos funcionários, isolada da área de medicamentos;

Deve dispor de sala de espera ou corredores apropriados para tal, balcão de atendimento, espaço para almoxarifado local, sala para atendimento individual.

2. Aspectos Específicos

2.1. Sala de atendimento individual:

No mínimo, uma mesa e três cadeiras (para acomodar o acompanhante);

Sugestões de itens para melhor atendimento aos usuários: Computador;

Estante de documentos bibliográficos;

Telefone exclusivo para a área;

Recipiente para lixo.

Sala de Espera/Corredor de Espera:

Número de bancos/cadeiras suficientes para atender à demanda do número de usuários SUS e que garanta o mínimo de conforto;

Acesso prioritário a idosos, gestantes, pessoas com necessidades especiais e demais usuários que requeiram atenção especial;

Recipiente para lixo;

Bebedouro ou máquina de dispensação de água com copos descartáveis.

2.2. Área de Atendimento e Dispensação:

Computadores em número suficiente para atender à demanda de usuários; (localizados na área de atendimento ou na área interna de dispensação);

Telefone com linha externa;

Cadeiras;

Fax;

Armários de arquivo (protocolos e prontuários);

Armários administrativos;

Internet com banda larga;

Acesso ao website do sistema informatizado de controle logístico preconizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites

Virais em todas as máquinas;

Recipiente para lixo;

Balcão de dispensação com:

Visualização para facilitar o contato humanizado com o usuário SUS;

Número de cadeiras proporcional ao número de dispensadores;

É recomendada a separação visual entre a área de atendimento ao usuário SUS e o local onde ficam armazenados os medicamentos;

Acesso de comunicação interna ao estabelecimento, restrita aos funcionários (para facilitar a comunicação da Farmácia com o almoxarifado, consultórios médicos e áreas afins).

2.3. Almoxarifado:

Geladeira/Refrigerador - o número de geladeiras/refrigeradores deve ser proporcional ao volume de medicamentos que necessitam de armazenamento refrigerado, com termômetro de temperatura de máxima e mínima. Manter registros diários;

Prateleira - prateleiras de aço ou material resistente, liso e de fácil limpeza, tantas quantas forem necessárias para alocar o quantitativo de medicamentos existentes na área de armazenamento, isoladas dos demais medicamentos que não fazem parte da Portaria nº 344/98;

Ambiente climatizado entre 18°C a 25°C, com controle e registro diário de temperatura e umidade relativa.

2.4. Recursos Humanos:

Farmacêutico presente na UDM, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento;

Dispensadores capacitados e treinados para atendimento e orientações aos usuários, presentes na UDM durante todo o horário de funcionamento;

Equipe de apoio e limpeza suficiente para atender às dimensões do local.

2.5. Número máximo de usuários atendidos:

Não se encontrou na literatura parâmetros nacionais ou internacionais para o tempo adequado de atendimento de dispensação para cada usuário.

Com vista a fornecer alguma orientação para os gestores locais no sentido da garantia da qualidade no atendimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), a recomendação a seguir tem como base a opinião de especialistas com experiência em gestão de UDM com nível de qualidade considerado adequado.

Estima-se que a disponibilidade de um dispensador e um microcomputador pode gerar uma capacidade operacional de, aproximadamente, 700 atendimentos/mês, sem prejuízo das outras atividades desenvolvidas pelo dispensador na UDM.

Observação: Este cálculo foi estimado considerando-se 1 (um) atendimento a cada 10 (dez) minutos, em um período de 6hs, destinado exclusivamente à dispensação.

O gestor local deve considerar aspectos como característica da população alvo, nível de treinamento da equipe, processo e jornada de trabalho, espaço físico, entre outros, para as devidas adequações à sua realidade.

2.6. Fluxo de informação:

Todas as informações referentes a consumo e estoque de medicamentos (mapas e boletins) deverão ser repassadas, conforme as ferramentas e relatórios do sistema de controle de estoque e/ou relatórios gerenciais preconizados, na periodicidade definida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

3. Critérios para abertura de novas UDM

3.1. Número mínimo de usuários para o funcionamento das UDM:

Número mínimo necessário para se abrir/criar uma UDM é de 50 usuários.

Observação: Números inferiores ao recomendado serão avaliados individualmente mediante justificativa aprovada pelas Coordenações Estaduais de DST/Aids e com anuência do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

3.2. Os estabelecimentos que já funcionam e dispensam medicamentos ARV terão um prazo máximo de 24 meses, contados a partir da data da publicação deste documento, para se adequar às normatizações acima discriminadas.

XVII. Portaria Nº 29 de 2013

Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 55, do Anexo ao Decreto nº. 8.065, de 7 de agosto de 2013, e

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o tratamento, o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para sua proteção, controle da infecção e da disseminação do vírus;

Considerando que não existem testes laboratoriais que apresentem 100% (cem por cento) de sensibilidade e de especificidade, e que resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes podem ocorrer na prática diária entre os distintos testes;

Considerando que existem vários fluxogramas estabelecidos de acordo com o avanço científico e com a experiência mundial consolidada, que permitem o diagnóstico correto da infecção pelo HIV, por meio da combinação dos diferentes testes disponíveis no mercado; e

Considerando que para o diagnóstico da infecção pelo HIV faz-se necessária a avaliação conjunta da história clínica e do risco de exposição do indivíduo à infecção concomitantemente ao resultado laboratorial, que irá orientar as decisões e a conclusão diagnóstica. E ainda, que a ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior particularmente em gestantes e/ou portadores de algumas enfermidades autoimunes, resolve:

Art. 1º Aprovar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, disponível no endereço eletrônico www.aids.gov.br, que contém os fluxogramas recomendados para diferentes cenários e situações que se adequem à pluralidade de condições e à diversidade de serviços de saúde públicos e privados.

Parágrafo único. O Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças será revisto semestralmente e atualizado à luz dos avanços científicos por um comitê composto por profissionais de notório saber.

Art. 2º Fica definido que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total, sangue seco em papel filtro, fluido oral ou de outros fluidos que tenham eficácia diagnóstica cientificamente comprovada. § 1º Todas as amostras devem ser coletadas e testadas em

conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do conjunto diagnóstico a ser utilizado.

§ 2º É vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial que tenha o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 3º Todos os produtos para diagnóstico de uso in vitro, reagentes e insumos utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem possuir registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 4º Deve ser exigida a apresentação de um documento oficial do indivíduo submetido à coleta de amostra, que deverá ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

Parágrafo único. Fica assegurada a testagem anônima, entretanto o indivíduo deverá ser informado no momento da coleta que não será fornecido resultado por escrito.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria/SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº. 198, de 16 de outubro de 2009, Seção 1, págs. 40-44.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

XVII. Portaria Nº 21 de 2017

Torna pública a decisão de incorporar o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e com base nos termos dos art. 20 e art. 23 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Fica incorporado o tenofovir associado a entricitabina (TDF/FTC 300/200mg) como profilaxia pré-exposição (PrEP) para populações sob maior risco de adquirir o vírus da imunodeficiência humana (HIV), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646/2011, o prazo máximo para efetivar a oferta ao SUS é de cento e oitenta dias.

Art. 3º O relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) sobre essa tecnologia estará disponível no endereço eletrônico: <http://conitec.gov.br/>.

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

MARCO ANTONIO DE ARAUJO FIREMAN

XIX. Portaria Nº 22 de 2017

Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O SECRETÁRIO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e com base nos termos dos art. 20 e art. 23 do Decreto 7.646, de 21 de dezembro de 2011, resolve:

Art. 1º Fica aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP), no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Conforme determina o art. 25 do Decreto 7.646/2011, o prazo máximo para efetivar a oferta ao SUS é de cento e oitenta dias.

Art. 3º O relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) sobre essa tecnologia estará disponível no endereço eletrônico: <http://conitec.gov.br/>.

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

MARCO ANTONIO DE ARAUJO FIREMAN