



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA EXECUTIVA -

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 035/2010, de 15 de Abril de 2010.

Dispõe sobre a planilha mensal de distribuição de insumos de prevenção de DST/AIDS.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas por meio da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2º, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde, c/c os Arts. 5º e 14, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM Nº. 2.313, de 19 de dezembro de 2002, em especial, o Art. 1º que institui o incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DSTs, em anexo;

Considerando as necessidades previstas nos Planos de Necessidades elaborados anualmente pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), com o intuito de reconhecer as populações prioritárias definidas pelo Plano;

Considerando a necessidade de ampliar o acesso e a aquisição de preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante (sendo este último, específico para projetos de população vulneráveis aprovadas pela SESA/Gerencia Estadual de DST/Aids), bem como a regularização das contrapartidas entre todas as esferas de gestão;

Considerando que ainda persistem barreiras importantes de acesso aos insumos de prevenção nos serviços de saúde do SUS;

Considerando o anexo 05 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids – nº. 01/2002 (Portaria GM Nº. 2.314, de 20 de dezembro de 2002), em anexo;

Considerando a proposta apresentada pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica/ Coordenação de Doenças Transmissíveis, em anexo, e;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite, em Reunião Ordinária realizada aos 15 dias do mês de abril de 2010.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a nova Planilha de Insumos de Prevenção do Programa de DST/HIV/Aids do Tocantins, bem como instituir a data de envio mensal destas informações à Gerencia Estadual do DST/Aids, o décimo dia útil de cada mês, impreterivelmente;

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

Francisco Melquíades Neto
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

Portaria n.º 2313/GM Em 19 de dezembro 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 de Saúde, 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 de Saúde 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 dos 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 (GPM), 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 GPM 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)

4.3.2. Do valor de referência constante do Anexo 1 desta norma, para o primeiro ano, deverá ser deduzido eventual saldo de convênio(s) assinado(s) com o Ministério da Saúde, cujo objeto esteja relacionado às ações englobadas por este Incentivo. Entende-se por saldo a diferença entre o valor repassado pelo Ministério da Saúde, por meio do(s) convênio(s), e o valor empenhado pelo Estado/Município até a data de aprovação do pleito pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

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 testagem do 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:

Ações	Atividades
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 +	• Realização de consultas e encaminhamentos de acordo com orientações e normas técnicas da CN-DST/Aids/SPS/MS • Busca de faltosos
Diagnóstico precoce e tratamento das DST e das complicações mais comuns em DST/Aids	• Avaliação e exame de sintomáticos • Realização e encaminhamento para exames laboratoriais complementares • 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 síndrome e etiológica • Encaminhamentos dos casos não passíveis de resolução nesse nível • Aquisição e dispensação de medicamento de acordo com a pactuação das instâncias do SUS • Acompanhamento dos tratamentos
Atendimento de intercorrências	• Atendimento de urgências e ou encaminhamento segundo fluxos definidos entre municípios e estado • Atendimento e ou encaminhamento de acidentes ocupacionais com material biológico
Medidas preventivas	• Identificação de populações e/ou situações de risco para DST/Aids, na área de abrangência da unidade • Distribuição de insumos de prevenção: preservativos, agulhas e seringas e material de informação e comunicação • Realização de ações educativas: grupos de sala de espera, atividades extra-muros de prevenção e outras atividades similares • Participação em campanhas educativas • Aconselhamento em DST/HIV/Aids • Prevenção de acidentes do trabalho com produtos biológicos
Vigilância epidemiológica	• Notificação de gestantes HIV+, crianças expostas ao HIV e casos de sífilis congênita • Notificação dos casos de Aids e vigilância do HIV conforme normatização e pactuação vigente • Alimentação de bancos de dados epidemiológicos acordados pelos três níveis de governo

5.1.2.1.5. incorporação, estruturação e organização de novas tecnologias de serviços de diagnóstico, assistência e tratamento para o HIV/Aids e infecções oportunistas, conforme pactuação entre gestores;

5.1.2.1.6. desenvolvimento e apoio a projetos e ações para o HIV/Aids e outras DST em parceria com as organizações da sociedade civil e setores produtivos, de acordo com a sua capacidade institucional, pactuada com o respectivo gestor estadual;

5.1.2.1.7. criação de Grupos de Adesão para terapia ARV, quimioprofilaxia e de infecções oportunistas;

5.1.2.1.8. aquisição, montagem e gerenciamento de logística de insumos para prevenção, como preservativos, seringas, agulhas, entre outros, conforme pactuação realizada.

5.1.2.2. Desenvolver ações de vigilância epidemiológica em HIV/AIDS e outras DST e manter atualizado os bancos de dados, conforme pactuação entre os três níveis de gestão.

5.1.2.3. Coordenar a Sub-rede Municipal de Laboratórios do Programa Nacional de DST/Aids, quando pertinente, avaliando as atividades desenvolvidas pelos laboratórios partícipes e controlando a execução das atividades pactuadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

5.1.2.4. Pactuação expressa com o gestor estadual, quando for o caso, referente aos mecanismos de referência e contra-referência para atendimento de população de municípios de sua região, em consonância com as diretrizes da NOAS/02.

5.1.2.5. Elaboração de relatório anual contendo avaliação das ações realizadas sobre a epidemia de Aids, a infecção pelo HIV e a disseminação das outras DST no seu território, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, SES/Coordenação Estadual de DST/Aids e CN/DST/Aids/SPS/MS.

5.1.3. Requisitos

5.1.3.1. Comprovar a qualificação do município em uma das condições de gestão previstas na NOB/96 ou NOAS/02, bem como a sua situação no Plano Diretor de Regionalização do Estado.

5.1.3.2. Apresentar o Plano de Ações e Metas aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com a situação do município prevista no PDR Estadual, contendo a programação físico-financeira dos recursos a serem aplicados no combate à epidemia.

5.1.3.3. Comprovar a aquisição e a disponibilidade de medicamentos para processos oportunistas e outras DST, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com o item 1.4.6. destas normas.

5.1.3.4. Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício das responsabilidades assumidas, inclusive no que se refere à vigilância epidemiológica.

5.1.3.5. Dispor de técnico, ou grupo técnico, oficialmente designado para implementação das responsabilidades assumidas e do Plano de Ações e Metas apresentado.

5.1.3.6. Submeter-se à avaliação da SES, no que diz respeito ao Plano de Ações e Metas apresentado, bem como a capacidade de oferecer serviços especializados em HIV/Aids e outras DST e vigilância epidemiológica.

5.1.3.7. Formalizar junto a SES, após aprovação do CMS e com vistas à apreciação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o processo de recebimento do Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST, atestando os requisitos indicados.

5.1.4. Prerrogativas

5.1.4.1. Transferência regular, Fundo a Fundo, dos recursos federais, correspondentes ao Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

5.2. Qualificação de estados e Distrito Federal

5.2.1. A partir da publicação de Orientações Técnicas Específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas e para a aplicação dos recursos, todos os Estados e Distrito Federal poderão solicitar o referido Incentivo, observadas as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas indicados a seguir:

5.2.2. Responsabilidades

5.2.2.1. Elaboração, com a efetiva participação da sociedade civil, conforme disposto no item 1.4.5. destas normas, de Plano de Ações e Metas em HIV/Aids e outras DST do estado ou do Distrito Federal, a ser submetido ao respectivo Conselho de Saúde, contendo o diagnóstico da epidemia no território do estado ou Distrito Federal, as formas de integração entre órgãos e setores estaduais ou do Distrito Federal e das ações programáticas em saúde no combate à epidemia e detalhamento das metas, ações e programações a serem implementadas na unidade da federação, referentes a:

5.2.2.1.1. desenvolvimento da capacitação institucional e modernização da gestão visando a qualificação permanente das ações em HIV/Aids e outras DST;

5.2.2.1.2. desenvolver mecanismos e processos envolvidos com a realização de seleção pública de projetos e assinatura de contratos e convênios com OSC;

5.2.2.1.3. desenvolvimento de planos e propostas de descentralização das ações de promoção à saúde e prevenção ao HIV/AIDS e outras DST, de forma integrada aos municípios, no caso dos estados, e dirigidas à população em geral, 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,
- 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 ou Distrito Federal.

5.2.2.1.4. 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 testagem do 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 da saúde e de prevenção em HIV/Aids e outras DST.

5.2.2.1.5. assistência técnica -- e incorporação, quando pertinente -- e financiamento, estruturação e organização de novas tecnologias de serviços de diagnóstico, assistência e tratamento em HIV/Aids e outras DST e infecções oportunistas, conforme pactuação entre gestores;

5.2.2.1.6. desenvolvimento e apoio a projetos e ações de HIV/Aids e outras DST, em parceria com municípios (no caso dos estados), organizações da sociedade civil e setores produtivos;

5.2.2.1.7. aquisição, montagem e gerenciamento de logística de insumos para prevenção, como preservativos, seringas, agulhas, entre outros, conforme pactuação realizada;

5.2.2.2.1.8. identificação das demandas interestaduais e indicação da capacidade do estado ou Distrito Federal para atendê-las.

5.2.2.2. Desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica em HIV/Aids e outras DST e, no caso dos estados, de propostas de descentralização destas ações

aos municípios integrantes do Incentivo às ações em HIV/Aids e outras DST.

5.2.2.3. Alimentação de bancos de dados, conforme pactuação entre os três níveis de governo.

5.2.2.4. Coordenação da Sub-rede estadual ou do Distrito Federal de Laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, avaliando as atividades desenvolvidas pelos laboratórios partícipes e controlando as atividades pactuadas na PPI.

5.2.2.5. Coordenação do sistema de referências intermunicipal, de garantia de acesso aos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, em consonância com as diretrizes da NOAS/02;

5.2.2.6. Atuação nos municípios não qualificados para o recebimento do Incentivo no que se refere às ações de HIV/AIDS e outras DST.

5.2.2.7. Avaliação e encaminhamento ao MS (CN/DST/Aids/SPS), após apreciação pela CIB, dos pedidos de qualificação dos municípios do seu território para o recebimento do Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

5.2.2.8. Avaliação e encaminhamento ao MS dos relatórios anuais dos municípios incluídos no Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

5.2.2.9. Elaboração de relatório anual contendo avaliação do impacto das ações realizadas para o controle da epidemia de Aids e da infecção pelo HIV, bem como da disseminação das outras DST no seu território, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e com vistas à apreciação da CN-DST/Aids/SPS/MS.

5.2.2.10. O disposto nos itens 5.2.2.5. a 5.2.2.8. não se aplicam ao Distrito Federal.

5.2.3. Requisitos

5.2.3.1. Apresentar o Plano de Ações e Metas aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, contendo a programação físico-financeira dos recursos a serem aplicados no combate à epidemia.

5.2.3.2. Comprovar a aquisição e disponibilidade de medicamentos para processos oportunistas e outras DST, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com o item 1.4.6. destas normas.

5.2.3.3. Comprovar a disponibilidade de serviços especializados no estado para a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST.

5.2.3.4. Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício das responsabilidades assumidas, inclusive no que se refere à vigilância epidemiológica.

5.2.3.5. Dispor de grupo técnico, oficialmente designado, para implementação de medidas decorrentes das responsabilidades assumidas e do Plano de Ações e Metas apresentado, especialmente no que se refere a:

5.2.3.6. Gerenciamento e acompanhamento da implantação da proposta de Incentivo no Estado, no que diz respeito a elaboração, aprovação e implementação dos Planos de Ações e Metas propostos pelos municípios;

5.2.3.7. Avaliação, em primeira instância, das solicitações e da capacidade gerencial e técnica dos municípios que pleitearem o Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

5.2.3.8. Assistência técnica na implementação das ações decorrentes das responsabilidades dos municípios, estabelecidas para o recebimento do Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

5.2.3.9. Avaliação e proposição de novas alternativas de descentralização das ações estratégicas em relação ao HIV/Aids e outras DST aos municípios do respectivo Estado.

5.2.3.10. Elaboração de propostas e projetos para o respectivo Estado, relativos à capacitação de recursos humanos para a área de HIV/Aids e outras DST; organização e implementação de sistemas e fluxos de referência para média e alta complexidade ambulatoriais e hospitalares; parcerias com organizações da sociedade civil; logística de insumos e prevenção.

5.2.3.11. Avaliação do desenvolvimento das ações em HIV/Aids e outras DST, no âmbito do estado ou Distrito Federal, incluindo o seu impacto epidemiológico e de assistência à população.

5.2.3.12. Submeter à avaliação do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao Plano de Ações e Metas apresentado, a capacidade de oferta de serviços especializados em HIV/Aids e outras DST e vigilância epidemiológica.

5.2.3.13. Formalizar junto ao Ministério da Saúde, após aprovação do respectivo Conselho de Saúde e com vistas à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o processo de recebimento do Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST, atestando os requisitos indicados.

5.2.4. Prerrogativas

5.2.4.1. Transferência regular, Fundo a Fundo, dos recursos federais, correspondentes ao Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

6. Responsabilidades do MS, por intermédio da Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS

6.1. Considerando que o Incentivo às ações em HIV/Aids e outras DST caracteriza-se como uma estratégia de descentralização, busca de sustentabilidade para a Política Nacional de DST e Aids e de sua integração aos atuais mecanismos gerenciais do SUS, o MS deverá responsabilizar-se por um conjunto de planos, projetos, ações e recursos de suporte e retaguarda aos estados, Distrito Federal e municípios, buscando capacitá-los para o enfrentamento da epidemia, bem como pela definição de diretrizes e estratégias, coordenação e avaliação nacionais, possibilitando o alcance de resultados efetivos e a ação conjunta.

6.2. Além disso, no cumprimento de suas responsabilidades, o MS deverá observar as políticas e diretrizes resultantes de pactuações entre os três níveis de governo, de modo a possibilitar maior integração do Programa Nacional de DST e Aids com o desenvolvimento do SUS.

6.3. Nesse sentido, o MS, por intermédio da Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS deverá responsabilizar-se por ações que dizem respeito a:

6.3.1. promoção da saúde, prevenção e proteção

6.3.1.1. formular diretrizes, estratégias e programas de promoção da saúde, prevenção e proteção em HIV/Aids e outras DST a serem implementadas em conjunto com estados, Distrito Federal e municípios, visando o controle da epidemia no território nacional;

6.3.1.2. estimular e apoiar o desenvolvimento e implementação de projetos que visem a adoção de práticas mais seguras, especialmente para populações de risco acrescido;

6.3.1.3. desenvolver, estimular e apoiar as ações educativas e as campanhas de comunicação dirigidas à população em geral, populações de risco acrescido e populações vulneráveis;

6.3.1.4. 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;

6.3.1.5. desenvolver estratégias, estimular e apoiar propostas e ações que buscam o fortalecimento e a organização dos segmentos populacionais mais vulneráveis, objetivando garantir, para essas populações, o acesso às ações educativas, preventivas e de assistência à saúde;

6.3.1.6. desenvolver projetos e mecanismos que possibilitem maior acesso aos insumos básicos de prevenção, como preservativos masculinos e femininos, seringas, agulhas, entre outros;

6.3.1.7. implantar e implementar a vigilância epidemiológica do HIV, que permita o levantamento de indicadores para a avaliação do impacto das ações e o redirecionamento de investimentos relacionados a HIV/Aids e outras DST.

6.3.2. diagnóstico, assistência e tratamento

6.3.2.1. 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;

6.3.2.2. desenvolver diretrizes e critérios técnicos de suporte à organização de serviços, com base na integralidade da abordagem preventiva e assistencial e na multiprofissionalidade das equipes de saúde;

6.3.2.3. desenvolver e implementar estratégias de ampliação da assistência especializada em HIV/Aids e outras DST, tanto nas modalidades mais tradicionais quanto de alternativas assistenciais, especialmente para as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste;

6.3.2.4. formular e implementar estratégias de fortalecimento e estruturação das redes laboratoriais, permitindo a ampliação da oferta de testes HIV, ampliação do acesso aos exames necessários ao acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/Aids e realização de diagnóstico etiológico das DST;

6.3.2.5. coordenar, normalizar e supervisionar as atividades da Sub-rede de Laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids, estabelecendo critérios específicos de qualificação e de avaliação, participando e controlando a execução das ações de laboratório definidas pelas respectivas PPI e habilitando os laboratórios integrantes;

6.3.2.6. formular e implementar estratégias de ampliação do acesso a medicamentos anti-retrovirais, contagem de células T-CD4+, quantificação da carga viral do HIV, entre outros insumos, observadas as pactuações entre as três instâncias de governo, incluindo a aquisição e a disponibilização.

6.3.3. gestão da política nacional de HIV/Aids e outras DST

6.3.3.1. coordenar, em nível nacional, a política de HIV/Aids e outras DST;

6.3.3.2. elaborar e implementar o Plano Estratégico Nacional para HIV/AIDS e outras DST;

6.3.3.3. desenvolver e implementar propostas de Cooperação Internacional com outros países e Organismos de cooperação bilateral e/ou multilateral em HIV/Aids e outras DST;

6.3.3.4. formular e implementar propostas de integração entre os diferentes órgãos federais, envolvidos com o propósito da melhoria da qualidade e a ampliação do acesso às ações de HIV/Aids e outras DST, envolvendo, principalmente, os Ministérios que já têm interface com o desenvolvimento dessas ações, tais como os Ministérios da Educação, da Ciência e Tecnologia, da Justiça, da Previdência Social, entre outros;

6.3.3.5. oferecer assistência técnica a estados, Distrito Federal e municípios para a elaboração e implantação de seus planos estratégicos e operativos para o HIV/Aids e outras DST;

6.3.3.6. acompanhar, monitorar, supervisionar e avaliar a execução dos planos estratégicos e operacionais, nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

6.3.3.7. desenvolver estratégias e apoiar projetos e propostas de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos para a promoção da saúde, prevenção e atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST, principalmente mediante parcerias com instituições de ensino superior, centros de treinamento e outras entidades formadoras, públicas, privadas ou da sociedade civil;

6.3.3.8. formular e implementar estratégias e projetos voltados aos direitos humanos e ao fortalecimento das organizações da sociedade civil que atuam em HIV/Aids e outras DST, incluindo as organizações dos setores produtivos;

6.3.3.9. promover, estimular e apoiar projetos e iniciativas de desenvolvimento científico e tecnológico que visam a busca de alternativas para a prevenção, controle e cura da AIDS, através da integração de esforços de centros de excelência, universidades, centros de pesquisas e serviços de saúde;

6.3.3.10. promover, estimular e apoiar projetos e iniciativas de desenvolvimento científico e tecnológico que visam a busca de alternativas para a prevenção, controle e cura das DST;

6.3.3.11. qualificar os atuais sistemas de informação e desenvolver e implementar novos sistemas de informação para o aprimoramento da avaliação do comportamento da epidemia, vigilância do HIV, bem como para apoiar a tomada de decisões, o planejamento de ações e o controle da epidemia e de seus diversos aspectos;

6.3.3.12. desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, considerados importantes pela magnitude da epidemia da Aids em seus territórios, objetivando o seu ingresso no Incentivo às ações em HIV/AIDS e outras DST.

6.3.4. incentivo às ações em HIV/Aids e outras DST Com relação especificamente ao Incentivo às ações em HIV/Aids e outras DST, o MS, por intermédio da Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS, deverá assumir as seguintes responsabilidades:

6.3.4.1. analisar os processos e solicitações de estados, Distrito Federal e municípios com relação ao Incentivo, observando os seguintes quesitos:

6.3.4.1.1. viabilidade técnica, organizacional e financeira dos Planos de Ações e Metas apresentados;

- 6.3.4.1.2. coerência dos planos apresentados frente a habilitação do estado, Distrito Federal ou município, de acordo com a NOB/96 ou NOAS/02;
- 6.3.4.2. efetiva participação da sociedade civil na elaboração do Plano de Ações e Metas, conforme o disposto no item 1.4.5. destas normas;
- 6.3.4.2.1. cumprimento dos requisitos exigidos para cada nível de governo;
- 6.3.4.3. indicação do montante de recursos a serem repassados Fundo a Fundo, para os respectivos pleiteantes, e os códigos orçamentários a serem onerados;
- 6.3.4.4. encaminhamento do pleito, devidamente aprovado, à CIT para avaliação final e publicação no Diário Oficial;
- 6.3.4.5. devolução, em caso de não aprovação do pleito, do processo à CIB do estado correspondente ou à Secretaria de Saúde do Distrito Federal para as providências necessárias;
- 6.3.4.6. orientar e prover assistência técnica aos participantes do Incentivo quanto a:
- 6.3.4.6.1. sistemas de informações que devem ser alimentados, bem como aos seus instrumentos e relatórios;
- 6.3.4.6.2. processos de acompanhamento, monitoramento, supervisão e avaliação;
- 6.3.4.6.3. elaboração de avaliação anual de impacto das ações nos respectivos territórios;
- 6.3.4.6.4. divulgação de experiências bem sucedidas e de novas alternativas de impacto, desenvolvidas por estados, Distrito Federal, municípios ou outros países.
- 6.3.4.7. desenvolver e implementar mecanismos de acompanhamento, monitoramento, supervisão e avaliação dos Planos Estaduais de Ações e Metas, bem como do Distrito Federal e dos estados com seus respectivos municípios;
- 6.3.4.8. conduzir e coordenar o desenvolvimento do Incentivo no território nacional, propondo novas estratégias e o ingresso de novos municípios, em consonância com a avaliação do comportamento da epidemia da Aids;
- 6.3.4.9. desenvolver ações e procedimentos que objetivem a ação integrada entre as três instâncias governamentais.

7. Prerrogativas

- 7.1. Comunicação, quando necessária, ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para o bloqueio ou a suspensão da transferência de recursos do Incentivo, em observação à cronograma previamente definido.
- 7.2. Desqualificação dos estados, Distrito Federal e municípios para o recebimento do Incentivo, nos casos de comprovação do não cumprimento de suas responsabilidades.

8. Disposições Finais

- 8.1. O não cumprimento do Plano de Ações e Metas pelos estados, Distrito Federal e municípios deverá ser por estes justificado, avaliado em primeira instância pelos respectivos Conselhos de Saúde e, em seguida, pelos demais níveis governamentais.
- 8.2. Em quaisquer circunstâncias, os estados, Distrito Federal e municípios avaliados por não cumprimento do Plano de Ações e Metas deverão apresentar plano suplementar de ações corretivas aos respectivos Conselhos de Saúde, objetivando a recomposição dos compromissos assumidos. Este plano suplementar de ações corretivas, após aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde, deverá ser enviado imediatamente à CN-DST e Aids/SPS/MS para possibilitar o devido monitoramento da sua execução.
- 8.4. Independente do Incentivo às ações em HIV/Aids, estados, Distrito Federal e municípios continuam responsáveis pelo controle da infecção pelo HIV, da epidemia de Aids e da disseminação das outras DST, em seus respectivos territórios, de acordo com a condição de gestão assumida a partir da NOB/96 ou da NOAS/02.
- 8.5. As regulamentações complementares necessárias ao controle da infecção pelo HIV, da epidemia de Aids e da disseminação das outras DST, bem como, à operacionalização do Incentivo serão objeto de discussão e negociação na CIT, com posterior formalização, mediante portaria do Ministério da Saúde.

Anexo 1 das normas relativas ao Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Relação de Estados, Distrito Federal e municípios selecionados para o Incentivo e
seus respectivos valores de referência

MUNICÍPIO	UF	REPASSE ANUAL	VALOR	VALOR	TOTAL
		MÉDIO - AIDS II	INCENTIVO	OSC	GERAL
RIO BRANCO	ACRE	104.258,95	110.008,09		110.008,09
TOTAL MUNICÍPIOS		104.258,95	110.008,09		110.008,09
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ACRE	193.543,43	193.543,43	33.727,95	227.271,38
TOTAL UF		297.802,38	303.551,52		337.279,47
ARAPIRACA	ALAGOAS		50.000,00		50.000,00
MACEIO	ALAGOAS	276.492,67	276.492,66		276.492,66
TOTAL MUNICÍPIOS		276.492,67	326.492,66		326.492,66

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ALAGOAS	469.223,35	469.223,35	88.412,89	557.636,24
TOTAL UF		745.716,02	795.716,01		884.128,90
MACAPÁ	AMAPÁ	148.436,67	156.032,52		156.032,52
TOTAL MUNICÍPIOS		148.436,67	156.032,52		156.032,52
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	AMAPÁ	275.668,33	275.668,33	47.966,76	323.635,09
TOTAL UF		424.105,00	431.700,85		479.667,61
MANAUS	AMAZONAS	320.187,48	475.895,47		475.895,47
TABATINGA	AMAZONAS	147.786,00	147.786,00		147.786,00
TOTAL MUNICÍPIOS		467.973,48	623.681,47		623.681,47
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	AMAZONAS	428.014,33	512.900,26	126.286,86	639.187,12
TOTAL UF		895.987,81	1.136.581,73		1.262.868,59
EUNAPOLIS	BAHIA		50.000,00		50.000,00
FEIRA DE SANTANA	BAHIA	281.069,10	281.069,10		281.069,10
ILHEUS	BAHIA	261.695,00	261.695,00		261.695,00
ITABUNA	BAHIA	301.494,23	301.494,23		301.494,23
JEQUIE	BAHIA		66.552,29		66.552,29
JUAZEIRO	BAHIA	189.738,40	189.738,40		189.738,40
LAURO DE FREITAS	BAHIA		50.826,14		50.826,14
PORTO SEGURO	BAHIA	104.678,00	104.678,00		104.678,00
SALVADOR	BAHIA	560.836,00	791.073,01		791.073,01
TEIXEIRA DE FREITAS	BAHIA		50.000,00		50.000,00
VITORIA DA CONQUISTA	BAHIA	262.783,04	262.783,04		262.783,04
TOTAL MUNICÍPIOS		1.962.293,76	2.409.909,20		2.409.909,20
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	BAHIA	1.315.520,83	1.771.968,40	464.653,07	2.236.621,47
TOTAL UF		3.277.814,59	4.181.877,60		4.646.530,67
CAUCAIA	CEARÁ		85.627,10		85.627,10
CRATO	CEARÁ		50.000,00		50.000,00
FORTALEZA	CEARÁ	744.151,97	763.576,90		763.576,90
MARACANAÚ	CEARÁ		57.259,31		57.259,31
SOBRAL	CEARÁ	214.667,00	214.667,00		214.667,00
TOTAL MUNICÍPIOS		958.818,97	1.171.130,32		1.171.130,32
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	CEARÁ	1.238.885,97	1.238.885,96	267.779,59	1.506.665,55
TOTAL UF		2.197.704,93	2.410.016,28		2.677.795,87
DISTRITO FEDERAL (Total UF)	DISTRITO FEDERAL	1.234.533,50	1.234.533,50	137.170,39	1.371.703,88
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ESPÍRITO SANTO	271.996,00	271.996,00		271.996,00
CARIACICA	ESPÍRITO SANTO		194.699,81		194.699,81
COLATINA	ESPÍRITO SANTO		63.906,81		63.906,81
GUARAPARI	ESPÍRITO SANTO		50.000,00		50.000,00
LINHARES	ESPÍRITO SANTO		54.635,33		54.635,33
SAO MATEUS	ESPÍRITO SANTO		50.000,00		50.000,00
SERRA	ESPÍRITO SANTO	236.518,00	236.518,00		236.518,00
VILA VELHA	ESPÍRITO SANTO		200.927,87		200.927,87
VITORIA	ESPÍRITO SANTO	299.644,33	299.644,33		299.644,33
TOTAL MUNICÍPIOS		808.158,33	1.422.328,15		1.422.328,15
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ESPÍRITO SANTO	612.693,33	612.693,34	226.113,50	838.806,83
TOTAL UF		1.420.851,67	2.035.021,49		2.261.134,99
ANAPOLIS	GOIÁS	349.859,00	349.859,00		349.859,00
APARECIDA DE GOIANIA	GOIÁS		116.525,66		116.525,66
GOIANIA	GOIÁS	516.196,08	516.196,08		516.196,08
ITUMBIARA	GOIÁS		50.000,00		50.000,00
LUZIANIA	GOIÁS		65.061,25		65.061,25
PLANALTINA	GOIÁS		50.000,00		50.000,00
RIO VERDE (EX-SAMPAIO)	GOIÁS	174.930,00	174.930,00		174.930,00
SANTO ANTONIO DO DESCOBERTO	GOIÁS		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		1.040.985,08	1.372.571,99		1.372.571,99
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	GOIÁS	832.947,65	861.177,81	248.194,42	1.109.372,24
TOTAL UF		1.873.932,73	2.233.749,81		2.481.944,23
BACABAL	MARANHÃO		50.000,00		50.000,00
CAXIAS	MARANHÃO		52.983,96		52.983,96
CODÓ	MARANHÃO		50.000,00		50.000,00
IMPERATRIZ	MARANHÃO	276.141,96	276.141,96		276.141,96

ITAPECURÚ-MIRIM	MARANHÃO		50.000,00		50.000,00
SAO LUIS	MARANHÃO	474.081,00	474.081,00		474.081,00
TIMON	MARANHÃO		55.700,84		55.700,84
TOTAL MUNICÍPIOS		750.222,96	1.008.907,76		1.008.907,76
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	MARANHÃO	589.797,50	571.315,29	175.580,34	746.895,63
TOTAL UF		1.340.020,46	1.580.223,05		1.755.803,39
ALTA FLORESTA	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
BARRA DO GARÇAS	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
CACERES	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
CONFRESA	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
CUÍABA	MATO GROSSO	269.592,00	284.330,68		284.330,68
DIAMANTINO	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
JUARA	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
JUÍNA	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
RONDONOPOLIS	MATO GROSSO	178.229,33	178.229,34		178.229,34
SINOP	MATO GROSSO	112.965,67	112.965,67		112.965,67
TANGARÁ DA SERRA	MATO GROSSO		50.000,00		50.000,00
VARZEA GRANDE	MATO GROSSO	202.313,00	202.313,00		202.313,00
TOTAL MUNICÍPIOS		763.100,00	1.177.838,69		1.177.838,69
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	MATO GROSSO	510.801,00	286.540,77	162.708,83	449.249,60
TOTAL UF		1.273.901,00	1.464.379,46		1.627.088,29
AQUIDAUANA	MATO GROSSO DO SUL		50.000,00		50.000,00
CAMPO GRANDE	MATO GROSSO DO SUL	373.117,67	551.496,95		551.496,95
CORUMBA	MATO GROSSO DO SUL	103.401,67	103.401,66		103.401,66
DOURADOS	MATO GROSSO DO SUL	206.596,00	206.596,00		206.596,00
PARANAIBA	MATO GROSSO DO SUL		50.000,00		50.000,00
PONTA PORÁ	MATO GROSSO DO SUL		53.769,92		53.769,92
TRES LAGOAS	MATO GROSSO DO SUL	151.504,00	151.504,00		151.504,00
TOTAL MUNICÍPIOS		834.619,33	1.166.768,53		1.166.768,53
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	MATO GROSSO DO SUL	710.183,33	710.183,33	208.550,21	918.733,54
TOTAL UF		1.544.802,67	1.876.951,86		2.085.502,07
ALFENAS	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
ARAGUARI	MINAS GERAIS		71.694,71		71.694,71
ARAXÁ	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
BARBACENA	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
BELO HORIZONTE	MINAS GERAIS	787.511,48	847.305,09		847.305,09
BETIM	MINAS GERAIS	296.635,00	296.635,00		296.635,00
CATAGUASES	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
CONTAGEM	MINAS GERAIS	425.061,00	425.061,00		425.061,00
CORONEL FABRICIANO	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
DIAMANTINA	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
DIVINOPOLIS	MINAS GERAIS		87.827,63		87.827,63
FRUTAL	MINAS GERAIS	221.032,00	221.032,00		221.032,00
GOVERNADOR VALADARES	MINAS GERAIS	218.500,00	218.500,00		218.500,00
IBIRITE	MINAS GERAIS		52.856,28		52.856,28
IPATINGA	MINAS GERAIS	255.036,00	255.036,00		255.036,00
ITABIRA	MINAS GERAIS		50.140,95		50.140,95
ITAJUBA	MINAS GERAIS	187.027,00	187.027,00		187.027,00
ITUJUBA	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
JOÃO MONLEVADE	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
JUIZ DE FORA	MINAS GERAIS	357.563,00	357.563,00		357.563,00
LAVRAS	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
LUZ	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
MONTES CLAROS	MINAS GERAIS		101.141,34		101.141,34
MURIAE	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
PASSOS	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
POCOS DE CALDAS	MINAS GERAIS	197.518,09	197.518,08		197.518,08
PONTE NOVA	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
POUSO ALEGRE	MINAS GERAIS		66.496,52		66.496,52
RIBEIRÃO DAS NEVES	MINAS GERAIS		110.075,24		110.075,24
SABARA	MINAS GERAIS		56.709,53		56.709,53
SANTA LUZIA	MINAS GERAIS		72.919,58		72.919,58

SANTOS DUMONT	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
SAO JOAO DEL REI	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
SAO LOURENCO	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
SAO SEBASTIAO DO PARAISO	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
SETE LAGOAS	MINAS GERAIS		67.464,50		67.464,50
TEOFILO OTONI **	MINAS GERAIS	150.520,00	150.520,00		150.520,00
TRES CORACOES	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
TRES PONTAS	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
UBERABA	MINAS GERAIS	317.205,33	317.205,33		317.205,33
UBERLANDIA	MINAS GERAIS	345.605,77	345.605,77		345.605,77
VARGINHA	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
VESPASIANO	MINAS GERAIS		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		3.759.214,67	5.606.334,55		5.606.334,55
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	MINAS GERAIS	1.661.448,33	2.073.185,52	853.280,01	2.926.465,53
TOTAL UF		5.420.663,01	7.679.520,07		8.532.800,08
ANANINDEUA	PARÁ	299.105,00	299.105,00		299.105,00
BELEM	PARÁ	394.259,50	394.259,50		394.259,50
CASTANHAL	PARÁ		50.000,00		50.000,00
MARABÁ	PARÁ		50.000,00		50.000,00
SANTAREM	PARÁ	171.910,28	171.910,28		171.910,28
TOTAL MUNICÍPIOS		865.274,78	965.274,78		965.274,78
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PARÁ	591.510,26	590.743,07	172.890,87	763.633,95
TOTAL UF		1.456.785,04	1.556.017,85		1.728.908,72
BAYEUX	PARAÍBA		50.000,00		50.000,00
CABELO	PARAÍBA		50.000,00		50.000,00
CAMPINA GRANDE	PARAÍBA	249.939,77	249.939,77		249.939,77
JOAO PESSOA	PARAÍBA	301.198,00	301.198,00		301.198,00
SANTA RITA	PARAÍBA		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		551.137,77	701.137,77		701.137,77
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PARAÍBA	452.655,33	468.088,41	129.914,02	598.002,43
TOTAL UF		1.003.793,10	1.169.226,18		1.299.140,20
ALMIRANTE TAMANDARE	PARANÁ		53.270,40		53.270,40
APUCARANA	PARANÁ		52.875,88		52.875,88
ARAPONGAS	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
ARAUCARIA	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
CAMBE	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
CAMPO MOURAO	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
CASCADEL	PARANÁ	181.877,28	181.877,28		181.877,28
COLOMBO	PARANÁ	195.497,00	195.497,00		195.497,00
CORNELIO PROCOPIO	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
CURITIBA	PARANÁ	461.357,33	794.450,35		794.450,35
FOZ DO IGUAÇU	PARANÁ	227.371,33	227.371,34		227.371,34
FRANCISCO BELTRAO	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
GUARAPUAVA	PARANÁ		61.103,74		61.103,74
LONDRINA	PARANÁ	313.728,40	313.728,40		313.728,40
MARINGA	PARANÁ	267.676,67	267.676,67		267.676,67
PARANAGUA	PARANÁ	242.958,67	242.958,67		242.958,67
PARANAVAI	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
PATO BRANCO	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
PINHAIS	PARANÁ	154.577,00	154.577,00		154.577,00
PIRAQUARA	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
PONTA GROSSA	PARANÁ	260.470,48	260.470,48		260.470,48
SAO JOSE DOS PINHAIS	PARANÁ	185.102,00	185.102,00		185.102,00
SARANDI	PARANÁ		51.654,07		51.654,07
TELEMACO BORBA	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
TOLEDO	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
UMUARAMA	PARANÁ		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		2.490.616,16	3.642.613,28		3.642.613,28
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PARANÁ	1.267.137,00	1.433.210,29	563.980,40	1.997.190,68
TOTAL UF		3.757.753,16	5.075.823,56		5.639.803,96
ABREU E LIMA	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00
ARCO VERDE	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00

CABO	PERNAMBUCO		73.804,44		73.804,44
CAMARAGIBE	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00
CARUARU	PERNAMBUCO	177.103,00	177.103,00		177.103,00
JABOATAO DOS GUARARAPES	PERNAMBUCO	330.591,00	330.591,00		330.591,00
OLINDA	PERNAMBUCO	306.978,00	306.978,00		306.978,00
PALMARES	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00
PAULISTA	PERNAMBUCO	200.716,00	200.716,00		200.716,00
PETROLINA	PERNAMBUCO	165.296,00	165.296,00		165.296,00
RECIFE	PERNAMBUCO	521.520,97	610.392,93		610.392,93
SALGUEIRO	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00
VITORIA DE SANTO ANTÃO	PERNAMBUCO		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		1.702.204,97	2.164.881,36		2.164.881,36
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PERNAMBUCO	1.083.514,50	966.924,53	347.978,43	1.314.902,96
TOTAL UF		2.785.719,47	3.131.805,89		3.479.784,32
FLORIANO	PIAUI		50.000,00		50.000,00
PARNAÍBA	PIAUI		50.000,00		50.000,00
PICOS	PIAUI		50.000,00		50.000,00
TERESINA	PIAUI	250.121,50	250.121,50		250.121,50
TOTAL MUNICÍPIOS		250.121,50	400.121,50		400.121,50
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	PIAUI	535.375,00	385.374,99	87.277,39	472.652,38
TOTAL UF		785.496,50	785.496,50		872.773,88
ANGRA DOS REIS	RIO DE JANEIRO	172.452,00	172.452,00		172.452,00
ARARUAMA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
BARRA DO PIRAI	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
BARRA MANSA	RIO DE JANEIRO		91.909,22		91.909,22
BELFORD ROXO	RIO DE JANEIRO	390.709,00	390.709,00		390.709,00
BOM JESUS DO ITABAPOANA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
CABO FRIO	RIO DE JANEIRO		51.972,16		51.972,16
CAMPOS DOS GOYTACAZES	RIO DE JANEIRO	292.489,00	292.489,00		292.489,00
DUQUE DE CAXIAS	RIO DE JANEIRO	443.879,21	443.879,21		443.879,21
ITABORAI	RIO DE JANEIRO		82.924,22		82.924,22
ITAGUAI	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
ITAPERUNA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
JAPERI	RIO DE JANEIRO		50.926,27		50.926,27
MACAE	RIO DE JANEIRO	268.258,00	268.258,00		268.258,00
MAGE	RIO DE JANEIRO		94.913,86		94.913,86
MARICA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
NILOPOLIS	RIO DE JANEIRO		78.860,09		78.860,09
NITEROI	RIO DE JANEIRO	420.331,33	420.331,33		420.331,33
NOVA FRIBURGO	RIO DE JANEIRO		78.466,43		78.466,43
NOVA IGUAÇU	RIO DE JANEIRO	449.881,33	463.711,64		463.711,64
PARACAMBI	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
PETROPOLIS	RIO DE JANEIRO	307.880,73	307.880,74		307.880,74
QUEIMADOS	RIO DE JANEIRO		67.027,09		67.027,09
RESENDE	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
RIO DE JANEIRO	RIO DE JANEIRO	1.091.924,00	1.933.080,98		1.933.080,98
SAO GONCALO	RIO DE JANEIRO	407.557,33	416.015,49		416.015,49
SAO JOAO DE MERITI	RIO DE JANEIRO	429.032,00	429.032,00		429.032,00
SAO PEDRO DA ALDEIA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
TERESOPOLIS	RIO DE JANEIRO		59.331,07		59.331,07
TRÊS RIOS	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
VALENCA	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
VASSOURAS	RIO DE JANEIRO		50.000,00		50.000,00
VOLTA REDONDA	RIO DE JANEIRO	268.258,00	268.258,00		268.258,00
TOTAL MUNICÍPIOS		4.942.651,94	7.062.427,78		7.062.427,78
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	RIO DE JANEIRO	2.041.406,00	1.991.406,00	1.005.981,53	2.997.387,53
TOTAL UF		6.984.057,94	9.053.833,78		10.059.815,31
MOSSORO	RIO GRANDE DO NORTE	174.710,00	174.710,00		174.710,00
NATAL	RIO GRANDE DO NORTE	307.645,87	307.645,87		307.645,87
TOTAL MUNICÍPIOS		482.355,87	482.355,87		482.355,87
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	RIO GRANDE DO NORTE	401.425,50	417.771,81	100.014,19	517.785,99
TOTAL UF		883.781,37	900.127,67		1.000.141,86

ALEGRETE	RIO GRANDE DO SUL		69.145,71		69.145,71
ALVORADA	RIO GRANDE DO SUL	285.113,00	285.113,00		285.113,00
BAGE	RIO GRANDE DO SUL		67.190,33		67.190,33
CACHOEIRA DO SUL	RIO GRANDE DO SUL		61.022,78		61.022,78
CACHOEIRINHA	RIO GRANDE DO SUL		88.948,26		88.948,26
CAMPO BOM	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
CANOAS	RIO GRANDE DO SUL	311.032,00	311.032,00		311.032,00
CARAZINHO	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
CAXIAS DO SUL	RIO GRANDE DO SUL	220.315,00	238.025,43		238.025,43
CHARQUEADAS	RIO GRANDE DO SUL		51.385,52		51.385,52
CRUZ ALTA	RIO GRANDE DO SUL		52.474,36		52.474,36
ERECHIM	RIO GRANDE DO SUL		65.386,23		65.386,23
ESTEIO	RIO GRANDE DO SUL		67.830,13		67.830,13
ESTRELA	RIO GRANDE DO SUL		18.995,45		18.995,45
GRAVATAI	RIO GRANDE DO SUL	246.234,00	246.234,00		246.234,00
GUAIBA	RIO GRANDE DO SUL		84.505,83		84.505,83
ITAQUI	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
LAJEADO	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
NOVO HAMBURGO	RIO GRANDE DO SUL	233.274,00	233.274,00		233.274,00
PASSO FUNDO	RIO GRANDE DO SUL	237.360,00	237.360,00		237.360,00
PELOTAS	RIO GRANDE DO SUL	298.073,00	298.073,00		298.073,00
PORTO ALEGRE	RIO GRANDE DO SUL	704.054,50	1.109.751,21		1.109.751,21
RIO GRANDE	RIO GRANDE DO SUL	221.827,50	221.827,50		221.827,50
SANTA CRUZ DO SUL	RIO GRANDE DO SUL		96.525,33		96.525,33
SANTA MARIA ***	RIO GRANDE DO SUL	350.000,00	350.000,00		350.000,00
SANTANA DO LIVRAMENTO	RIO GRANDE DO SUL		53.321,62		53.321,62
SANTIAGO	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
SANTO ANGELO	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
SAO BORJA	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
SAO GABRIEL	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
SAO LEOPOLDO	RIO GRANDE DO SUL	300.276,87	300.364,19		300.364,19
SAPUCAIA DO SUL	RIO GRANDE DO SUL		141.987,02		141.987,02
TAQUARA	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
TORRES	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
URUGUAIANA	RIO GRANDE DO SUL	207.355,00	207.355,00		207.355,00
VACARIA	RIO GRANDE DO SUL		50.000,00		50.000,00
VIAMAO	RIO GRANDE DO SUL	311.032,00	311.032,00		311.032,00
TOTAL MUNICÍPIOS		3.925.946,87	5.818.159,89		5.818.159,89
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	RIO GRANDE DO SUL	1.095.955,00	1.486.831,12	811.665,67	2.298.496,78
TOTAL UF		5.021.901,87	7.304.991,01		8.116.656,67
PORTO VELHO	RONDÔNIA	153.983,00	153.983,00		153.983,00
TOTAL MUNICÍPIOS		153.983,00	153.983,00		153.983,00
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	RONDÔNIA	267.154,46	267.154,46	46.793,05	313.947,51
TOTAL UF		421.137,46	421.137,46		467.930,51
BOA VISTA	RORAIMA	128.869,30	128.869,30		128.869,30
TOTAL MUNICÍPIOS		128.869,30	128.869,30		128.869,30
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	RORAIMA	229.284,50	229.284,50	39.794,87	269.079,37
TOTAL UF		358.153,80	358.153,80		397.948,67
ARARANGUA	SANTA CATARINA		55.912,34		55.912,34
BALNEARIO CAMBORIU	SANTA CATARINA	134.593,67	134.593,67		134.593,67
BIGUACU	SANTA CATARINA	81.796,00	81.796,00		81.796,00
BLUMENAU	SANTA CATARINA	157.877,37	181.521,36		181.521,36
BRUSQUE	SANTA CATARINA	98.156,00	98.156,00		98.156,00
CACADOR	SANTA CATARINA		57.615,15		57.615,15
CAMBORIU	SANTA CATARINA	107.506,67	107.506,67		107.506,67
CHAPECO	SANTA CATARINA	49.078,00	70.232,56		70.232,56
CONCORDIA	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
CRICIUMA	SANTA CATARINA	169.092,45	182.062,84		182.062,84
FLORIANOPOLIS	SANTA CATARINA	401.554,99	440.751,68		440.751,68
GASPAR	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
ICARA	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
IMBITUBA	SANTA CATARINA	81.796,00	81.796,00		81.796,00

INDAIAL	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
ITAPEMA	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
ITAJAI	SANTA CATARINA	188.821,68	236.456,59		236.456,59
JARAGUA DO SUL	SANTA CATARINA		88.964,34		88.964,34
JOACABA	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
JOINVILLE	SANTA CATARINA	186.890,00	316.961,93		316.961,93
LAGES	SANTA CATARINA	73.617,00	86.400,52		86.400,52
LAGUNA	SANTA CATARINA	106.335,00	106.335,00		106.335,00
NAVEGANTES	SANTA CATARINA	89.976,00	89.976,00		89.976,00
PALHOCA	SANTA CATARINA	114.515,00	114.883,32		114.883,32
RIO DO SUL	SANTA CATARINA		53.897,35		53.897,35
SAO BENTO DO SUL	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
SAO FRANCISCO DO SUL	SANTA CATARINA	89.976,00	89.976,00		89.976,00
SAO JOSE	SANTA CATARINA	169.909,41	203.299,43		203.299,43
SAO MIGUEL D'OESTE	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
TIJUCAS	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
TUBARAO	SANTA CATARINA	114.678,33	114.678,33		114.678,33
VIDEIRA	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
XANXERE	SANTA CATARINA		50.000,00		50.000,00
TOTAL MUNICÍPIOS		2.416.169,57	3.543.773,09		3.543.773,09
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	SANTA CATARINA	769.301,00	856.002,22	488.863,92	1.344.866,14
TOTAL UF		3.185.470,57	4.399.775,31		4.888.639,23
AMERICANA	SÃO PAULO		118.960,69		118.960,69
AMERICO BRASILIENSE	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
AMPARO	SÃO PAULO		56.059,31		56.059,31
ANDRADINA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
APARECIDA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
ARACATUBA	SÃO PAULO	270.108,00	270.108,00		270.108,00
ARARAQUARA	SÃO PAULO	355.640,93	355.640,93		355.640,93
ARARAS	SÃO PAULO		78.551,51		78.551,51
ARUJA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
ASSIS	SÃO PAULO		50.611,55		50.611,55
ATIBAIA	SÃO PAULO		58.372,42		58.372,42
AVARE	SÃO PAULO		50.900,14		50.900,14
BARRETOS	SÃO PAULO	245.482,00	245.482,00		245.482,00
BARUERI	SÃO PAULO	229.576,00	229.576,00		229.576,00
BATATAIS	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
BAURU	SÃO PAULO	323.694,00	323.694,00		323.694,00
BEBEDOURO	SÃO PAULO	229.576,00	229.576,00		229.576,00
BIRIGUI	SÃO PAULO		62.116,09		62.116,09
BOTUCATU	SÃO PAULO		65.635,52		65.635,52
BRAGANCA PAULISTA	SÃO PAULO		55.329,06		55.329,06
CACAPAVA	SÃO PAULO	244.881,00	244.881,00		244.881,00
CAIEIRAS	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
CAJAMAR	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
CAMPINAS	SÃO PAULO	405.120,67	485.643,04		485.643,04
CAMPO LIMPO PAULISTA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
CAMPOS DO JORDAO	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
CAPIVARI	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
CARAGUATATUBA	SÃO PAULO		67.161,31		67.161,31
CARAPICUIBA	SÃO PAULO		197.734,58		197.734,58
CATANDUVA	SÃO PAULO	306.101,00	306.101,00		306.101,00
COSMOPOLIS	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
COTIA	SÃO PAULO		58.567,84		58.567,84
CRUZEIRO	SÃO PAULO		65.389,34		65.389,34
CUBATAO	SÃO PAULO	260.024,33	260.024,33		260.024,33
DIADEMA	SÃO PAULO	296.579,69	296.579,69		296.579,69
EMBU	SÃO PAULO		126.452,96		126.452,96
FERNANDOPOLIS	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
FERRAZ DE VASCONCELOS	SÃO PAULO		75.713,48		75.713,48
FRANCA	SÃO PAULO	367.322,00	367.322,00		367.322,00
FRANCISCO MORATO	SÃO PAULO		63.292,43		63.292,43

FRANCO DA ROCHA	SÃO PAULO		63.365,37	63.365,37
GARÇA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
GUARATINGUETA	SÃO PAULO		87.241,53	87.241,53
GUARIBA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
GUARUJA	SÃO PAULO	281.555,71	281.555,71	281.555,71
GUARULHOS	SÃO PAULO	409.941,33	500.023,33	500.023,33
HORTOLANDIA	SÃO PAULO		101.911,73	101.911,73
INDAIATUBA	SÃO PAULO		58.480,28	58.480,28
ITANHAEM	SÃO PAULO		51.084,44	51.084,44
ITAPECERICA DA SERRA	SÃO PAULO		60.013,21	60.013,21
ITAPETININGA	SÃO PAULO		82.027,69	82.027,69
ITAPEVA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
ITAPEVI	SÃO PAULO		80.978,46	80.978,46
ITAPIRA	SÃO PAULO		50.712,59	50.712,59
ITAQUAQUECETUBA	SÃO PAULO		158.915,31	158.915,31
ITATIBA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
ITU	SÃO PAULO		117.128,32	117.128,32
ITUVERAVA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
JABOTICABAL	SÃO PAULO		61.312,60	61.312,60
JACAREI	SÃO PAULO	296.580,00	296.580,00	296.580,00
JANDIRA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
JARDINOPOLIS	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
JAU	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
JUNDIAI	SÃO PAULO	272.898,50	274.383,48	274.383,48
ARANJAL PAULISTA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
LEME	SÃO PAULO		50.620,78	50.620,78
LENCOIS PAULISTA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
LIMEIRA	SÃO PAULO		100.164,03	100.164,03
LINS	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
LORENA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MAIRIPORA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MARILIA	SÃO PAULO	230.177,00	230.177,00	230.177,00
MATAO	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MAUA	SÃO PAULO	367.322,00	367.322,00	367.322,00
MIRANDOPOLIS	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MIRASSOL	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MOCOCA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MOJI DAS CRUZES	SÃO PAULO		178.167,86	178.167,86
MOJI-GUACU	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MOJI-MIRIM	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MONGAGUA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
MONTE ALTO	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
OLIMPIA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
OSASCO	SÃO PAULO	366.436,33	376.043,93	376.043,93
OURINHOS	SÃO PAULO		65.590,05	65.590,05
PARAGUACU PAULISTA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PARIQUERA-ACU	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PAULINIA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PEDERNEIRAS	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PENAPOLIS	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PERUIBE	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PINDAMONHANGABA	SÃO PAULO		85.832,53	85.832,53
PIRACICABA	SÃO PAULO	348.159,00	348.159,00	348.159,00
PIRAJUI	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PIRASSUNUNGA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
POA	SÃO PAULO		53.116,38	53.116,38
PORTO FERREIRA	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PRAIA GRANDE	SÃO PAULO	253.135,00	253.135,00	253.135,00
PRESIDENTE EPITACIO	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PRESIDENTE PRUDENTE	SÃO PAULO	273.481,18	273.481,18	273.481,18
PRESIDENTE VENCESLAU	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00
PROMISSAO	SÃO PAULO		50.000,00	50.000,00

REGISTRO	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
RIBEIRAO PIRES	SÃO PAULO		58.120,76		58.120,76
RIBEIRAO PRETO	SÃO PAULO	433.037,17	497.580,47		497.580,47
RIO CLARO	SÃO PAULO	336.712,00	336.712,00		336.712,00
SALTO	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SANTA BARBARA D'OESTE	SÃO PAULO		69.459,87		69.459,87
SANTA FE DO SUL	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SANTO ANDRE	SÃO PAULO	393.410,00	397.838,77		397.838,77
SANTOS	SÃO PAULO	428.218,67	469.348,10		469.348,10
SAO BERNARDO DO CAMPO	SÃO PAULO	346.651,50	374.023,69		374.023,69
SAO CAETANO DO SUL	SÃO PAULO	450.000,00	450.000,00		450.000,00
SAO CARLOS	SÃO PAULO	321.406,00	321.406,00		321.406,00
SAO JOAO DA BOA VISTA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SAO JOAQUIM DA BARRA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SAO JOSE DO RIO PRETO	SÃO PAULO	399.738,00	399.738,00		399.738,00
SAO JOSE DOS CAMPOS	SÃO PAULO	401.866,00	417.952,27		417.952,27
SAO PAULO	SÃO PAULO	2.000.000,00	3.812.003,38		3.812.003,38
SAO ROQUE	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SAO SEBASTIAO	SÃO PAULO	153.051,00	153.051,00		153.051,00
SAO VICENTE	SÃO PAULO	348.721,33	348.721,33		348.721,33
SERRANA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
SERTAOZINHO	SÃO PAULO		90.112,42		90.112,42
SOROCABA	SÃO PAULO	371.257,00	371.257,00		371.257,00
SUMARE	SÃO PAULO		96.317,20		96.317,20
SUZANO	SÃO PAULO		113.648,63		113.648,63
TABOAO DA SERRA	SÃO PAULO		114.290,50		114.290,50
TAQUARITINGA	SÃO PAULO	244.881,00	244.881,00		244.881,00
TATUI	SÃO PAULO		60.882,71		60.882,71
TAUBATE	SÃO PAULO	382.627,00	382.627,00		382.627,00
TREMEMBE	SÃO PAULO		52.529,32		52.529,32
TUPA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
UBATUBA	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
VALINHOS	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
VARZEA PAULISTA	SÃO PAULO		70.706,98		70.706,98
VINHEDO	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
VOTORANTIM	SÃO PAULO		50.000,00		50.000,00
VOTUPORANGA	SÃO PAULO		69.492,03		69.492,03
TOTAL MUNICÍPIOS		13.645.368,35	22.245.700,43		22.245.700,43
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	SÃO PAULO	5.067.576,67	5.067.576,67	3.034.808,57	8.102.385,24
TOTAL UF		18.712.945,02	27.313.277,10		30.348.085,67
ARACAJU	SERGIPE	244.200,66	244.200,66		244.200,66
TOTAL MUNICÍPIOS		244.200,66	244.200,66		244.200,66
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	SERGIPE	453.516,33	453.516,33	77.524,11	531.040,45
TOTAL UF		697.717,00	697.716,99		775.241,11
ARAGUAINA	TOCANTINS		53.026,98		53.026,98
GURUPI	TOCANTINS		50.000,00		50.000,00
PALMAS	TOCANTINS	124.516,67	124.516,67		124.516,67
TOTAL MUNICÍPIOS		124.516,67	227.543,65		227.543,65
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	TOCANTINS	232.805,00	241.250,00	52.088,18	293.338,19
TOTAL UF		357.321,67	468.793,65		520.881,84
TOTAL DOS MUNICÍPIOS		43.797.992,27	64.333.046,31		64.333.046,31
TOTAL SEDRETARIAS ESTADUAIS		24.561.877,43	25.666.953,69	10.000.000,00	35.666.953,69
TOTAL GERAL (global UF)		68.359.869,69	90.000.000,00	10.000.000,00	100.000.000,00

Anexo 2 das normas relativas ao Incentivo para Estados, Distrito Federal e municípios no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Documentação necessária para solicitação do Incentivo às Ações em HIV/Aids e outras DST

A solicitação de recursos do Incentivo, por parte dos gestores estaduais e municipais, deverá ser acompanhada de documentação comprobatória das responsabilidades assumidas e dos requisitos exigidos, conforme indicados nas normas relativas a este Incentivo.

Responsabilidades e requisitos	Documentação para comprovação
1. Solicitação formal do Gestor Estadual ou Municipal para participar do Incentivo	Documento do gestor da SES ou SMS, ou equivalente, endereçada ao Ministério da Saúde
• Aprovação do Plano de Ações e Metas pelo Conselho Estadual ou Municipal de Saúde	Declaração do Conselho de Saúde aprovando o Plano de Ações e Metas, com as respectivas assinaturas dos seus membros
• Plano de Ações e Metas do Estado Distrito Federal ou Município elaborado de acordo com as orientações da Coordenação Nacional de DST-Aids	Original do Plano de Ações e Metas elaborado com a assinatura do(a) respectivo(a) Secretário(a) de Saúde
Para municípios	
• Epidemia da Aids relevante segundo dados epidemiológicos	Tabela dos municípios, publicada pela Coordenação Nacional de DST-Aids/SPS/MS, organizada segundo estudo da magnitude da epidemia no território nacional, de acordo com os critérios indicados nas normas estabelecidas
• Situação do Município no PDR Estadual	Documento da respectiva SES indicando a situação do Município no PDR Estadual
• Capacidade Instalada de Serviços em HIV/Aids e outras DST	Espelho do Cadastro dos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, sob gerência do Município, de acordo com os sistemas do Datasus
• Capacidade gerencial da Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento de Ações em HIV/Aids	Documento do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde comprovando a capacidade gerencial da SMS, com indicação do(s) nome(s) do(s) técnico(s) responsável(is) pela implementação, avaliação e monitoramento das ações no Município
• Apreciação e aprovação do pleito pela respectiva CIB	Declaração da CIB aprovando o pleito do município, com as respectivas assinaturas de seus membros
• Pactuação de medicamentos para IO e DST e de preservativos	Deliberação da CIB especificando a pactuação de Medicamentos para IO e DST e de preservativos no estado
Para estados e Distrito Federal	
• Capacidade instalada de serviços em HIV/Aids e outras DST	Espelho do cadastro dos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, sob gerência do Estado ou Distrito Federal, de acordo com os sistemas do Datasus
• Capacidade gerencial da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal para o desenvolvimento de ações em HIV/Aids	Documento do Secretário(a) de Saúde comprovando a capacidade gerencial da Secretaria de Saúde, com indicação do(s) nome(s) do(s) técnico(s) responsável(is) pela implementação, avaliação e monitoramento das ações no Estado e no conjunto de seus Municípios
• Estabelecimento de parcerias com OSC	Cadastro e proposta de parceria com OSC Ata de aprovação do Fórum de ONG/Aids, quando houver
• Pactuação de medicamentos para IO e DST e de preservativos	Deliberação da CIB especificando a pactuação de Medicamentos para IO e DST e de preservativos no estado.
14. Situação da atenção ao HIV/AIDS E OUTRAS DST no Estado ou Distrito Federal, segundo o PDR e a PPI.	Documento da respectiva Secretaria de Saúde indicando a situação dos municípios, integrantes do Incentivo, e do Estado ou Distrito Federal quanto ao sistema de referência e contra-referência, bem como das ações suplementares e complementares da Secretaria de Saúde, de acordo com o PDR e a PPI.

Anexo 3 das normas relativas ao Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST Processos e fluxos para qualificação de Estados, Distrito Federal e Municípios

Considerando que o Incentivo às Ações em HIV/Aids e outras DST objetiva a articulação entre as três esferas de governo, com a participação da sociedade civil, bem como a organização de sistema de combate à epidemia e de qualidade da assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/Aids e aos portadores de outras DST, na conformidade dos princípios e diretrizes do SUS, o processo de qualificação de estados, Distrito Federal e municípios deverá refletir estes propósitos mediante a organização de fluxos adequados de análise e avaliação dos pleitos dos gestores.

Nesse sentido, os processos de qualificação deverão observar as etapas e fluxos indicados a seguir.

Qualificação de Municípios

1. Encaminhamento e protocolo da documentação, indicada no Anexo 2, à respectiva SES.
2. Apreciação da proposta municipal pelo grupo técnico responsável pela coordenação das ações em HIV/Aids e outras DST da respectiva SES, que deverá se responsabilizar por:
 - 2.1. avaliar a capacidade gerencial do gestor municipal quanto ao desenvolvimento de ações em HIV/Aids e outras DST;
 - 2.2. verificar a coerência do Plano de Ações e Metas frente à magnitude e características da epidemia da Aids no território do respectivo município;
 - 2.3. analisar a capacidade instalada de serviços de atenção aos portadores de HIV/Aids, de acordo com as diretrizes da NOB/96 ou NOAS/02 e os respectivos PDR e PPI ;

- 2.4. avaliar a proposta financeira no Plano de Ações e Metas, especialmente no que diz respeito a aplicação de recursos próprios;
- 2.5. verificar a existência de mecanismos de participação e controle social nos processos de implementação, monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Ações e Metas.
3. Encaminhamento da documentação municipal, com a respectiva avaliação, à CIB do estado para apreciação e aprovação, devendo ser observados os aspectos gerenciais, técnicos e os limites financeiros indicados nestas normas.
4. Encaminhamento, pela CIB, da documentação municipal à Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS/MS que deverá se responsabilizar por:
- 4.1. analisar a solicitação do município frente às avaliações já elaboradas pelo gestor estadual, quanto a:
- 4.1.1. viabilidade técnica, organizacional e financeira dos Planos de Ações e Metas apresentados;
- 4.1.2. coerência dos planos apresentados frente a habilitação do município, de acordo com a NOB/96 ou NOAS/02;
- 4.1.3. cumprimento dos requisitos exigidos para essa esfera de governo.
- 4.2. informação do montante de recursos a serem repassados Fundo a Fundo;
- 4.3. encaminhamento do pleito, devidamente aprovado, à CIT, para aprovação final e publicação no Diário Oficial da União;
- 4.4. devolução, em caso de não aprovação do pleito, do processo à CIB do estado correspondente para as providências necessárias;
- 4.5. inclusão das propostas, ações e metas aprovadas no sistema de acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- 4.6. devolução do processo, devidamente aprovado, para ciência da CIB, SES e respectivo município.
5. Devolução do processo à SES para arquivo e demais providências cabíveis à implementação, monitoramento e avaliação do respectivo Plano de Ações e Metas.

Qualificação de estados e Distrito Federal

1. Encaminhamento e protocolo da documentação, indicada no Anexo 2, à Coordenação Nacional de DST e Aids/SPS/MS.
2. Apreciação da proposta dos estados e do Distrito Federal por grupo técnico da CN-DST e Aids/SPS/MS que deverá se responsabilizar por:
- 2.1. avaliar a capacidade gerencial do gestor estadual ou do Distrito Federal quanto ao desenvolvimento de ações em HIV/Aids e outras DST;
- 2.2. verificar a coerência do Plano de Ações e Metas frente à magnitude e características da epidemia da Aids no território do respectivo estado ou Distrito Federal;
- 2.3. analisar a capacidade instalada de serviços de atenção aos portadores de HIV/Aids, de acordo com as diretrizes da NOB/96 ou NOAS/02 e os respectivos PDR e PPI;
- 2.4. avaliar a proposta financeira no Plano de Ações e Metas, especialmente no que diz respeito a aplicação de recursos próprios;
- 2.5. verificar a existência de mecanismos de participação e controle social nos processos de implementação, monitoramento e avaliação do Plano de Ações e Metas;
- 2.6. analisar a solicitação dos estados e do Distrito Federal com relação ao Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST, observando os seguintes quesitos:
- 2.6.1. viabilidade técnica, organizacional e financeira dos Planos de Ações e Metas apresentados;
- 2.6.2. coerência dos planos apresentados frente a habilitação do estado ou do Distrito Federal, de acordo com a NOB/96 ou NOAS/02;
- 2.6.3. cumprimento dos requisitos exigidos para esse nível de governo.
3. Após o cumprimento do estabelecido no item 2. e sub-itens, a CN-DST e Aids/SPS/MS encaminhará o pleito à CIT, com a indicação dos valores a serem repassados, para a aprovação final e publicação no Diário Oficial da União.
- 3.1. Em caso de não aprovação do pleito, o processo deverá ser encaminhado à CN-DST e Aids/SPS/MS que se responsabilizará pelo encaminhamento à CIB do estado correspondente ou à Secretaria de Saúde do Distrito Federal para as providências necessárias.
- 3.2. Em caso de aprovação do pleito, o processo deverá ser encaminhado à CN-DST e Aids/SPS/MS que procederá o arquivamento e a devida comunicação à CIB e à Secretaria de Saúde do estado correspondente ou do Distrito Federal. (no caso do Distrito Federal, deverá ser desconsiderado o encaminhamento à CIB)

Instrumentos para o processo de qualificação ao Incentivo

Para facilitar a organização e sistematização do processo de qualificação de estados, Distrito Federal e municípios, deverão ser utilizados os instrumentos indicados a seguir, pelos correspondentes níveis, conforme indicação específica.

ESTADO: BAHIA
EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

1. Instrumentos referentes ao processo municipal

Cópia do D.O. com publicação da condição de gestão		
Declaração do Conselho Municipal de Saúde aprovando o Plano de Ações e Metas, com as respectivas assinaturas dos seus membros		
Original do Plano de Ações e Metas elaborado com a assinatura do(a) respectivo(a) Secretário(a) de Saúde		
Documento da respectiva SES indicando a situação do Município no PDR Estadual		
Espelho dos cadastros dos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, sob gerência do Município, de acordo com os sistemas do Datasus		
Documento do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde comprovando a capacidade gerencial da SMS, com indicação do(s) nome(s) do(s) técnico(s) responsável(is) pela implementação, avaliação e monitoramento das ações no Município		
Declaração da CIB aprovando o pleito do município, com as respectivas assinaturas de seus membros		
Deliberação da CIB especificando a pactuação de preservativos e de Medicamentos para IO e DST no estado		

2. Instrumentos referentes ao processo estadual e do Distrito Federal

comprovação da capacidade gerencial da SES e pactuação de preservativos e de medicamentos para infecções oportunistas e DST		
O(A) Secretário(a) de Estado da Saúde do Estado de declara que a SES possui plena capacidade técnica, gerencial e organizacional para desenvolver ações em HIV/Aids e outras DST nas áreas de:		
Promoção da saúde e prevenção ()	Parcerias com OSC ()	
Desenvolvimento institucional ()	Vigilância epidemiológica ()	
Assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids	Média complexidade	Alta complexidade
Diagnóstico	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Assistência	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Tratamento	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Indica o(s) seguinte(s) técnico(s) da SES como responsável(is) pela coordenação, implementação, gerência, avaliação e acompanhamento das Ações em HIV/Aids e outras DST no Estado:		
Nome	Cargo Atual na SES	
Declara ainda que está de acordo com a pactuação sobre preservativos e medicamentos para Infecções Oportunistas (IO) e DST aprovada pela CIB do Estado.		
DATA: __/__/____ Nome do(a) SES:		

NOTA: O instrumento deve ser utilizado também pelo Distrito Federal, guardada a devida especificidade que apresenta.

Documentação exigida para a qualificação dos estados e Distrito Federal	Documentação apresentada	
	Sim	Não
Documento do(a) Secretário(a) de Saúde, ou equivalente, endereçada ao Ministério da Saúde		
Cópia do D.O. com publicação da condição de gestão		
Declaração do Conselho de Saúde aprovando o Plano de Ações e Metas, com as respectivas assinaturas dos seus membros		
Original do Plano de Ações e Metas elaborado com a assinatura do(a) respectivo(a) Secretário(a) de Saúde		
Espelho dos cadastros dos serviços especializados em HIV/Aids e outras DST, sob sua gerência, de acordo com os sistemas do Datasus		
Documento do(a) Secretário(a) de Saúde comprovando a capacidade gerencial da Secretaria de Saúde, com indicação dos		

nomes dos técnicos responsáveis pela coordenação, implementação, avaliação e monitoramento das ações no seu território		
Cadastro e proposta de parceria com OSC		
Deliberação da CIB especificando a pactuação de preservativos e medicamentos para IO e DST no estado		
Documento da respectiva SES indicando a situação dos municípios, integrantes do Incentivo, e do Estado quanto ao sistema de referência e contra-referência, bem como das ações suplementares e complementares da SES, de acordo com o PDR e a PPI Estadual		

NOTA: Os dois últimos não se aplicam ao Distrito Federal, dada sua especificidade.

Anexo 4 das normas relativas ao Incentivo para Estados Distrito Federal e Municípios no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST

Orientações para a elaboração do Plano de Ações e Metas

O plano de Ações e Metas a ser apresentado pelos Gestores Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, pleiteantes ao ingresso na Política de Financiamento das Ações em HIV/AIDS e outras DST, na forma de repasse fundo a fundo deverão conter as informações especificadas a seguir:

1. Caracterização Global do Estado, Distrito Federal ou Município

1.1. Identificação do gestor estadual, municipal ou do Distrito Federal

1.2. Dados demográficos e socioeconômicos

1.3. Dados epidemiológicos globais de Aids

1.4. Dados sobre diagnóstico e assistência em HIV/Aids

2. Diagnóstico epidemiológico e das ações em DST/Aids

2.1. Epidemiologia da Aids

2.2. Acesso da população e das pessoas vivendo com HIV/Aids às ações

2.3. Realização das ações em HIV/Aids segundo a capacidade instalada de serviços sob Gestão do Estado, Distrito Federal ou Município

2.4. Análise das ações e atividades em HIV/Aids já realizadas

2.4.1. Promoção da saúde e prevenção

2.4.2. Assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids

2.4.3. Ações de desenvolvimento institucional

2.4.4. Ações em parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC)

3. Ações e metas para 2003

3.1. Definição de prioridades para implementação

3.1.1. Priorização de ações segundo áreas de atuação e áreas temáticas

3.1.2. Análise dos resultados esperados

3.1.3. Ações, atividades e metas planejadas

3.2. Recursos necessários e cronograma de implementação

3.2.1. Plano de aplicação dos recursos para OSC (no caso dos estados e Distrito Federal)

3.3. Sistemática de monitoramento, avaliação e de participação e controle social

As orientações e instrumentos necessários à elaboração do Plano de Ações e Metas, por parte dos Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão ser publicados por intermédio de Orientação Técnica Específica da Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, no prazo máximo de 15 dias a partir da publicação da Portaria que institui o Incentivo.

ANEXO 2

Normas relativas aos recursos adicionais para Estados e Distrito Federal, qualificados para o recebimento do Incentivo, para a disponibilização da fórmula infantil

às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os primeiros seis meses de vida.

As Normas relacionadas a seguir dizem respeito ao pleito dos recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, por parte de Estados e Distrito Federal, qualificados para o recebimento do incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST.

1. Responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos Estados e Distrito Federal para solicitação dos recursos adicionais:

1. Responsabilidades:

1. aquisição da fórmula infantil, estabelecimento e gerenciamento da logística de sua distribuição no seu território.
2. Manter atualizados os dados epidemiológicos referentes à notificação de gestantes soropositivas para o HIV e crianças expostas.
3. Elaboração e envio à CN-DST e Aids/SPS/MS de relatórios trimestrais, comprovando a aquisição da fórmula infantil e a distribuição da mesma no seu território, conforme modelo apresentado no item 5.2..

2. Requisitos:

1. Estar qualificado para o recebimento do Incentivo instituído no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST por esta Portaria e integrado ao Projeto Nascer-Maternidades, instituído pela Portaria nº 2104/GM, de 19 de novembro de 2002.
2. Apresentar Plano de Logística e Distribuição da fórmula infantil, no caso dos estados, pactuado na respectiva CIB, conforme modelo apresentado no item 5.1..
3. Formalizar junto a CN-DST e Aids/SPS/MS a solicitação dos recursos adicionais ao Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST, atestando os requisitos indicados.

1.3 Prerrogativas:

1.3.1. Transferência regular, Fundo a Fundo, dos recursos federais, correspondentes aos recursos adicionais ao Incentivo às ações de HIV/Aids e outras DST.

2. Responsabilidades do Nível Federal:

2.1. Ao nível federal, além da participação no financiamento das ações, caberá a responsabilidade de normalizar e regulamentar a sistemática nacional de distribuição da fórmula infantil, desenvolver os processos de coordenação e regulação que garantam o acesso das crianças verticalmente expostas ao HIV a este insumo, bem como, monitorar e avaliar a implementação das ações necessárias e os resultados obtidos pelos estados e Distrito Federal.

3. Recursos Financeiros:

3.1. O valores anuais de referência dos recursos adicionais a serem repassados às Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal, qualificados para o recebimento do Incentivo instituído por esta Portaria e executores das ações previstas no Projeto Nascer-Maternidades, instituído pela Portaria nº 2104/GM, de 19 de novembro de 2002, encontram-se relacionados no Quadro 01 a seguir:

Quadro 01 – Valores de referência por Unidade Federada

Unidade Federada	Valor (R\$)
ACRE	2.634,00
ALAGOAS	18.135,52
AMAPÁ	2.350,81
AMAZONAS	24.667,79
BAHIA	84.206,30
CEARÁ	43.359,16
DISTRITO FEDERAL	17.244,99
ESPÍRITO SANTO	36.934,28
GOIÁS	33.422,38
MARANHÃO	45.396,81
MATO GROSSO	18.479,11
MATO GROSSO DO SUL	23.068,41
MINAS GERAIS	123.933,04
PARÁ	52.098,95
PARAÍBA	24.987,35
PARANÁ	115.412,87
PERNAMBUCO	55.976,79
PIAUÍ	18.164,20
RIO DE JANEIRO	255.635,20
RIO GRANDE DO NORTE	9.434,15
RIO GRANDE DO SUL	312.293,79
RONDÔNIA	4.936,58
RORÂIMA	4.218,75
SANTA CATARINA	105.903,05
SÃO PAULO	1.028.283,99
SERGIPE	11.975,35

TOCANTINS	9.547,24
TOTAL	2.482.700,81
FONTE: CN-DST/AIDS	

3.1.1. Os recursos serão repassados em 03 (três) parcelas quadrimestrais.

3.2. Os recursos, relacionados no Quadro 01, destinam-se exclusivamente à aquisição da fórmula infantil a ser disponibilizada às crianças verticalmente expostas ao HIV, cuja formulação está descrita no Quadro 02.

3.3. Para o cálculo dos recursos federais a serem repassados às Secretarias Estaduais e do Distrito Federal, constantes do Quadro 01, foi considerada a cobertura de mulheres tratadas com AZT no momento do parto, acrescido de 20%. Para as Unidades da Federação com cobertura inferior a 25% foi arbitrado este valor percentual como sua taxa de cobertura.

3.3.2. As revisões e adequações necessárias nos valores de referência, constantes do Quadro 01, serão procedidos de acordo com o encontro de contas de que trata o item 4 desta norma.

4. Encontro de contas:

4.1. Para efeito de verificação da aplicação dos recursos adicionais serão utilizados os relatórios quadrimestrais citados no item 1.1.3. e os dados de notificação de crianças verticalmente expostas ao HIV no período, devendo, para o encontro de contas, o segundo relatório quadrimestral demonstrar a aplicação da primeira parcela dos recursos adicionais repassada.

4.2. Nos casos onde a comprovação refletir aplicação menor que o valor repassado para o período, haverá redução proporcional do valor da parcela subsequente.

4.3. Nos casos onde se verificar o não cumprimento das responsabilidades assumidas pela respectiva Unidade Federada, esta estará sujeita a bloqueio do repasse dos recursos adicionais.

4.4. Se houver a comprovação do uso dos recursos adicionais em desacordo com seu objeto específico, o repasse de tais recursos será suspenso e a respectiva Unidade Federada estará obrigada a devolver os recursos correspondentes ao valor utilizado em desacordo, acrescido do eventual saldo existente à época, através de código específico orientado pelo FNS.

5. Instrumentos para Programação e Controle

5.1 – Plano de Logística e Distribuição da fórmula infantil

A composição da Fórmula Infantil para o RN e criança exposta ao HIV adquirida pelo gestor estadual deverá necessariamente seguir as recomendações mínimas definidas no Codex Alimentarius FAO/OMS para fórmulas infantis, conforme Quadro 02 a seguir as recomendações mínimas definidas no Codex Alimentarius FAO/OMS para fórmulas infantis, conforme Quadro 02 a seguir:

Quadro 02 - Recomendações CODEX ALIMENTARIUS FAO/OMS para fórmulas infantis

(por 100kcal)

NUTRIENTES	MEDIDA	MÍNIMO	MÁXIMO
GORDURAS	g	3,3	6
LINOLEATO	mg	300	NE*
PROTEÍNAS	g	1,8	4
HIDRATO DE CARBONO	g	NE	NE*
SAIS MINERAIS (CINZAS)	g	NE	NE*
SÓDIO	mg	20	60
POTÁSSIO	mg	80	200
CLORETO	mg	55	150
CÁLCIO	mg	50	NE*
FÓSFORO	mg	25	NE*
Ca/P	NE	1,2	2,0
MAGNÉSIO	mg	6	NE*
VITAMINA A	UI	250	500
VITAMINA D	UI	40	100
VITAMINA E	UI	0,7	NE*
VITAMINA K1	mcg	4	NE*
VITAMINA C	mg	8	NE*

TIAMINA (B1)	mg	0,04	NE*
RIBOFLAVINA (B2)	mg	0,06	NE*
NIACINA (PP)	mg	0,25	NE*
VITAMINA B6	mg	0,035	NE*
ÁCIDO FÓLICO	mcg	4	NE*
ÁCIDO PANTOTÊNICO	mg	0,3	NE*
VITAMINA B12	mcg	0,15	NE*
BIOTINA	mcg	1,5	NE*
COLINA	mg	7	NE*
FERRO	mg	0,15	NE*
IODO	mcg	5	NE*
COBRE	mg	0,06	NE*
ZINCO	mg	0,5	NE*
MANGANÊS	mcg	5	NE*

* NE : NÃO ESPECIFICADO

Codex Alimentarium Commission Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Standard for Infant Formula (CODEX STAN 72-1981).

In: Codex Alimentarius vol.4 , Ed. 2 FAO/WHO. Rome, 1994

O cálculo de uso deste insumo alimentar se baseou em um consumo médio de 10 (dez) latas ao mês.

O processo de distribuição da Fórmula Infantil deverá ser, inicialmente, baseado na estimativa de ocorrência de partos em gestantes HIV positivas no serviço de parto, e posteriormente ajustada por meio da análise das planilhas de controle logístico, vistas a seguir., nas maternidades cadastradas no Projeto Nascer-Maternidades. O quantitativo inicial a ser disponibilizado às mulheres no pós-parto com vistas a continuidade do processo de alimentação e nutrição da criança, por meio dos Serviços Dispensadores (SAE, unidades dispensadoras de ARV, UBS, outros de acordo com decisão local) será definido pelo gestor estadual, avaliada a demanda deste(s) serviços.

O armazenamento do insumo deverá seguir as orientações do fabricante, preservando a integridade do produto.

A aferição constante dos prazos de validade do insumo é condição necessária à garantia da adequada alimentação e nutrição da criança verticalmente exposta ao HIV, além de proporcionar ao gestor local e municipal a possibilidade de manejo deste insumo a outros municípios ou serviços dispensadores, incluindo maternidades, de maior demanda.

5.2. Relatório Quadrimestral de comprovação da aquisição e distribuição da fórmula infantil:

5.2 - RELATÓRIO DE AQUISIÇÃO DA FÓRMULA INFANTIL

Nº do documento comprobatório da despesa	Data	Beneficiário	Nº do documento de pagamento	Data	Quantidade	Valor (R\$)

Onde:

- Nº do documento comprobatório da despesa refere-se à Nota fiscal, Fatura ou similar.
- Beneficiário refere-se à empresa em benefício da qual foi paga a despesa
- Nº do documento de pagamento refere-se ao documento utilizado para efetuar o pagamento (ordem bancária, cheque, etc.)

FIGURA 1: Mercado de Preservativos Masculinos no Brasil (projeção DKT)

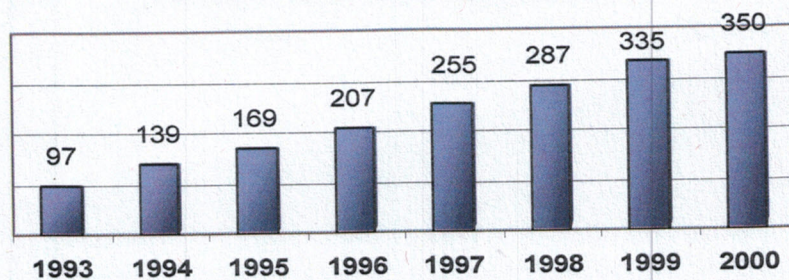


FIGURA 2: Venda per capita de preservativos no Brasil

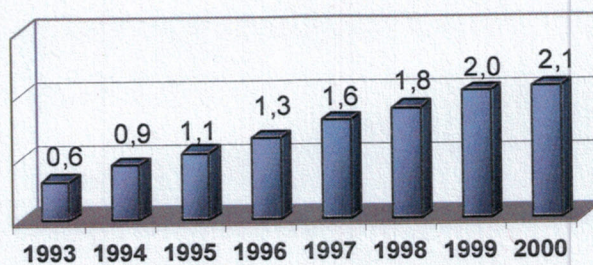
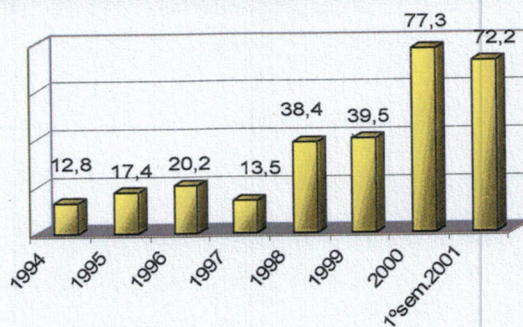


FIGURA 3: Preservativos masculinos distribuídos pelo Ministério da Saúde pelo Programa de DST/aids



ANEXO 05 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002
(Portaria Nº 2314, de 20 de dezembro de 2002)

**Recomendações para Pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para
Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e DST no
Brasil**

Apresentação

A Coordenação Nacional de DST/AIDS elaborou o presente documento onde apresenta as diretrizes e critérios que normatizam e regulamentam a implantação de uma política de disponibilização do preservativo masculino que visa garantir a continuidade, a ampliação e aprimoramento do acesso deste insumo em nível nacional.

Tendo em vista a política de descentralização e de sustentabilidade das ações de prevenção das DST/HIV/aids e a Política de Incentivo, o documento também estabelece critérios, prioridades populacionais, metodologias de distribuição e planilhas de cálculo para estimativas de necessidades que visam subsidiar a Pactuação sobre Preservativos nas CIB e assim garantir a ampliação do acesso ao insumo através do Sistema Único de Saúde (SUS) e Organizações da Sociedade Civil (OSC), fortalecendo o papel de gestor dos estados e municípios.

Anualmente, o Ministério da Saúde repassará às Unidades Federadas 300 milhões de preservativos masculinos, sendo que a grade de distribuição será estabelecida seguindo três critérios básicos: plano estadual pactuado de distribuição no nível da Unidade Federada, capacidade de estocagem e fluxo das informações de monitoramento da distribuição entre as três esferas (município, estado e federal). As cotas por estado, baseadas nos planos, serão repassadas para as Secretarias Estaduais de Saúde, que deverão gerenciar o repasse aos municípios e organizações da sociedade civil. A Secretaria Estadual de Saúde, também estará responsável pelo repasse para os programas, projetos e Coordenação Estadual da FUNASA.

A bipartite deve pactuar o plano estratégico de distribuição contemplando a situação epidemiológica, as populações prioritárias, a capilaridade da distribuição, seguindo os critérios estabelecidos no planejamento e contidos neste documento. A suplementação deverá ser pactuada entre estados e municípios e sugerimos que a mesma seja no mínimo de 20% da cota recebida anualmente do Ministério da Saúde para os estados das regiões Sul e Sudeste e de 10% para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os preservativos que serão adquiridos pelos estados e municípios deverão constar como contrapartida e não poderão ser incluídos nos recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

Recomenda-se, ainda, a inclusão da discussão da política de aquisição e distribuição de preservativos masculinos e femininos nos fóruns locais de saúde já existentes, garantindo a representação da sociedade civil em todo o processo.

1. JUSTIFICATIVA :

A epidemia do HIV/Aids, no Brasil, nesses 20 anos mostra uma dinâmica multiepidêmica, complexa e multifatorial, cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida, questões de gênero, composições étnicas e etárias das populações atingidas, seus padrões de mobilidade populacional e de comportamento sexual.

De 1983 a março/2002, foram diagnosticados 237.588 casos de aids, sendo 172.228 em homens e 63.560 em mulheres. (Dados Boletim Epidemiológico Ano XV nº 2 – março/2002).

Com relação à infecção pelo HIV, estima-se em 597.443 o número de infectados no Brasil, na faixa etária de 15 a 49 anos, no ano 2000.

O total dos casos de aids distribui-se em todas as 27 unidades federadas, e em 3.423 municípios, caracterizando um avanço da epidemia para municípios de menor porte no interior do País nos últimos anos. Apesar dos 2.912 municípios com pelo menos 1 caso de aids diagnosticado, 78% dos casos da doença ainda se concentram em 100 municípios.

A categoria sexual de transmissão representa 77,9% dos casos notificados, com aumento crescente dos casos de transmissão por meio de prática heterossexual, que em 1986, correspondiam a 3% do total de casos; e em 2002 representavam 59,4%.

A epidemia apresenta três fases marcantes de evolução: 1) uma fase inicial, caracterizada pelo alto nível de escolaridade dos pacientes e pela incidência entre homens que fazem sexo com homem; 2) uma segunda fase, caracterizada pelo aumento dos casos devido à transmissão por uso de drogas injetáveis, com a conseqüente diminuição da faixa etária e uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual; e 3) a fase atual, com acentuada disseminação do HIV entre os heterossexuais – com um aumento significativo de casos entre as mulheres que conseqüentemente resultou em um aumento de casos de aids pediátrico. A fase atual também se caracteriza pelo avanço da epidemia para municípios de pequeno porte (abaixo de 200 mil habitantes), e pelo aumento do percentual de casos de aids em indivíduos de menor escolaridade, indicando a pauperização da epidemia¹. Vale destacar que estas fases se apresentam como tendências que podem se expressar de forma conjunta e diversa nas diferentes regiões do país e no tempo.

Tendo em vista que a categoria sexual de transmissão é a principal responsável pela maioria dos casos notificados e face a necessidade de ampliar as ações de controle e de prevenção das DST/Aids, e levando-se em conta que o principal insumo de prevenção é o preservativo masculino e quando o mesmo é usado de maneira correta e consistente, proporciona boa proteção anticoncepcional e reduz o risco de infecções sexualmente transmitidas, incluindo o HIV, bem como a evidência de uma maior aceitação do uso do

¹ Como não há, na ficha de notificação dos casos de aids, dados sobre o nível sócio- econômico, a melhor proxy para referir a pauperização da epidemia é a escolaridade.

preservativo com método de prevenção às DST/HIV/Aids pela população² nos últimos anos, a CN-DST/Aids busca com este documento normatizar sua política de distribuição do preservativo masculino, priorizando populações vulneráveis e ações educativas.

2. PRESERVATIVO E AS AÇÕES DE PREVENÇÃO

As ações na área da prevenção às DST/Aids, entendidas enquanto estratégias no enfrentamento desta epidemia, prevêm a ampliação de acesso ao preservativo e a informação qualificada para a população.

O principal instrumento desta estratégia é o processo educativo continuado. Sabemos que não possível transformar comportamentos em curto espaço de tempo. Desta forma entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente pela inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

Neste sentido, no processo de educação para saúde é fundamental a divulgação de informações atualizadas e as abordagens pontuais para distribuição de preservativos e outros insumos de prevenção, como agulhas e seringas, que são apenas uma parte da estratégia que pretende lidar com temas complexos como a sexualidade e o uso de drogas injetáveis. Neste ponto reside o maior desafio: a adoção de práticas preventivas pela população, especialmente o uso correto e consistente do preservativo. Para tanto, é necessário a implementação e consolidação de uma política de distribuição contínua de preservativos integrada às práticas de educação para saúde, considerando não só a informação/conhecimento mas os fatores sócio culturais intrínsecos a vida das pessoas e de suas relações sociais.

Deste modo, estas ações de prevenção devem ser assumidas não só pelo setor saúde, mas pelos diversos setores da sociedade, órgãos de comunicação, profissionais de saúde, ativistas dos movimentos sociais, voluntários das Organizações da Sociedade Civil, órgãos governamentais e outros.

Cabe destacar ainda, que o ato de ofertar o preservativo pode facilitar o acesso às populações alvo e ao estabelecimento de vínculos entre estas e os agentes de saúde, promovendo maior receptividade às ações de educação para a saúde.

2.1 METODOLOGIAS DE DISTRIBUIÇÃO

Na rede básica

É princípio do SUS que a rede básica é porta de entrada do Sistema de Saúde e que para ser resolutive deve estar capacitada no seu nível de competência para realizar o diagnóstico de saúde local, identificando e priorizando os problemas detectados, atuando e buscando resolvê-los em parceria com a comunidade e com os demais setores institucionais. Este mesmo princípio pode ser aplicado às ações de promoção à saúde e prevenção às

² Foi demonstrada a aceitação crescente do preservativo pelo estudo: Comportamento Sexual da População Brasileira, 2000 (CEBRAP - Elza Berquó et al)

DST/Aids e para que sejam feitas de forma qualificada atendendo as necessidades da população e otimizando os recursos da rede recomendamos:

- Que as Unidades de Saúde identifiquem as populações mais vulneráveis da sua região promovendo e ampliando o acesso destas aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, em especial aos preservativos.
- Que as Unidades de Saúde garantam o acesso às informações corretas e atualizadas sobre DST/HIV/Aids, orientando o uso de preservativos por meio de atividades educativas realizadas nos espaços cada serviço, seja nos momentos de atendimento individual, nas atividades em grupo, na sala de espera ou na visita domiciliar.
- Inserir nas atividades educativas temas transversais tais como: saúde reprodutiva, relações de gênero, violência sexual e doméstica, direito e cidadania, etnia, adolescência, uso de drogas, formas de transmissão das DST/HIV, sinais e sintomas de DST e uso correto do preservativo.
- Envolver a comunidade e outros equipamentos sociais locais nas ações de prevenção e acesso ao preservativo.
- Incluir o tema uso do preservativo nos trabalhos com os grupos de mulheres, grupos de mães e planejamento familiar, reforçando a possibilidade de dupla proteção (prevenção da gravidez e das DST/HIV).
- Promover a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento e atendimento de profissionais do sexo, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e moradores de rua, trabalhando as questões de preconceito e estigma para propiciar o acesso destas populações ao serviço e ao preservativo.
- Que as unidades de saúde se articulem com OSC que desenvolvem projetos de prevenção potencializando as ações do projeto e do serviço junto a comunidade e incorporando ao longo do tempo as demandas criadas a partir do desenvolvimento do projeto.

Distribuição em eventos

A distribuição do preservativo em eventos não pode comprometer o quantitativo destinado aos projetos e serviços de saúde, e deve ser analisada sua importância no contexto da epidemia local.

Com o objetivo de evitar o desperdício deste importante insumo de prevenção e de integrar a distribuição do preservativo à um trabalho de orientação e informação recomenda-se a entrega de **“vales preservativos”** e /ou a organização de um espaço adequado para a distribuição deste insumo de prevenção (stand, posto, mesa) onde possa ser realizada alguma ação educativa.

O Ministério da Saúde adota como política de divulgação desse insumo a sua distribuição durante o carnaval, cujo quantitativo suplementar é previsto anualmente, segundo os critérios locais de distribuição e de ações educativas enviadas à CN-DST/Aids.

Durante as ações educativas, nos eventos, poder ser usados instrumentos para coletar dados a respeito da clientela que solicita preservativos. Abaixo apresentamos um modelo que pode ser ajustado a natureza do evento:

Ficha de Distribuição de Preservativos para o Carnaval

SEXO		IDADE						CIDADE/PAÍS ONDE MORA	PRESERVATIVOS	
F	M	Até 15	15 – 25	26 – 35	36 – 45	46 – 55	+56		C/Vale	S/Vale

A distribuição do preservativo feminino, em eventos de massa, não é recomendada, pelos mesmos motivos do masculino acrescido ao custo elevado deste insumo.

Em atividades dirigidas para usuários de drogas injetáveis:

O modelo de prevenção que vem sendo realizado em redução de danos, junto a usuários de drogas e sua rede de interação social/sexual, integra a orientação individual e/ou coletiva (oficinas de sexo e injeção seguros) com a disponibilização de IEC e insumos, incluindo o preservativo masculino.

Cabe ressaltar o papel que a distribuição do preservativo tem em facilitar o acesso e criar vínculos com esta população possibilitando a abertura e mapeamento de campo para desenvolvimento do trabalho de redução de danos. As ações de redução de danos acontecem no local de uso/moradia dos usuários e muitas vezes é realizado no período noturno (incluindo a madrugada). Desta forma, o preservativo masculino é também disponibilizado para os atores que compõem o cenário do campo (usuários de drogas em geral, profissionais do sexo, porteiros e garçons de bares, "boites", etc.)

Outro aspecto importante da distribuição do preservativo masculino se dá pelo fato da maioria dos UDI no Brasil (cerca de 42% na Pesquisa AJUDE Brasil II - 2000) apresentarem soropositividade para o HIV e desta forma a orientação sobre sexo seguro torna-se imperativa para que não haja reinfeção.

O preservativo feminino é distribuído, na maioria dos projetos de redução de danos, para as usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas.

Em atividades dirigidas para profissionais do sexo:

A disponibilização do preservativo nos locais de prostituição é fundamental. Significa facilitar o acesso a uma população que é invisível aos serviços de saúde e buscar fortalecer os vínculos criados entre os agentes multiplicadores e a população alvo, propiciando maior receptividade às mensagens de prevenção e adesão aos serviços de saúde. Por outro lado, estes devem acolher esta população se constituindo como um local preferencial para a aquisição deste insumo.

Destacamos, ainda que à distribuição do preservativo deverá estar agregada a idéia de responsabilidade individual, no sentido de ser assumido também pela (o) profissional do sexo a aquisição do preservativo.

O preservativo feminino é distribuído também prioritariamente para esta população feminina.

Em Bancos de Preservativo:

Esta estratégia funciona a partir de unidades gerenciadas por lideranças comunitárias ligadas a associações de base voltadas para suprir demandas de populações mais pobres. Atuam em parceria com a unidade de saúde da área geográfica do Banco de Preservativo e a coordenação local de DST/Aids. Os líderes comunitários mantêm um registro da população que procura mensalmente os Bancos e recebem uma quota de 8 a 12 preservativos. Essa estratégia é uma proposta intermediária enquanto as unidades locais de saúde se organizam e assumam a distribuição sistemática de preservativo na sua rotina.

3. O USO DO PRESERVATIVO NO BRASIL

Nos últimos anos, o uso do preservativo vem aumentando consideravelmente no Brasil, segundo a Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção de Risco para o HIV/Aids (10): 24% dos indivíduos sexualmente ativos nos últimos 12 meses referem uso consistente do preservativo, sendo que os jovens de 16 a 25 anos são os maiores usuários de preservativos (44%).

O preservativo na primeira relação sexual foi observado em 48% da população estudada, valor que ascendeu a 57% nos estratos sócio-econômicos mais altos e a 71% para aquelas com maior nível de instrução.

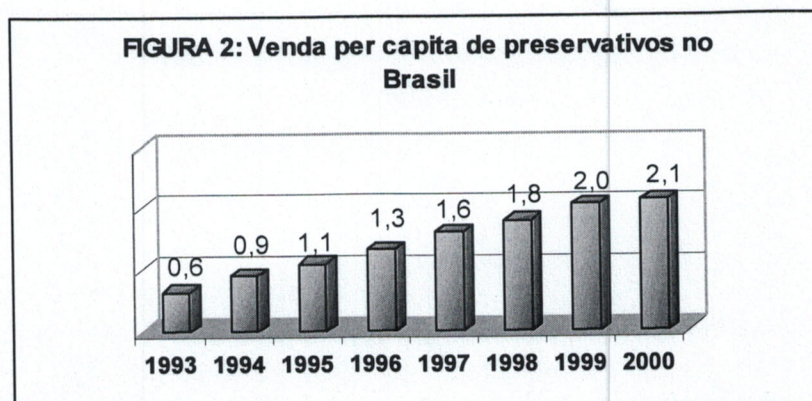
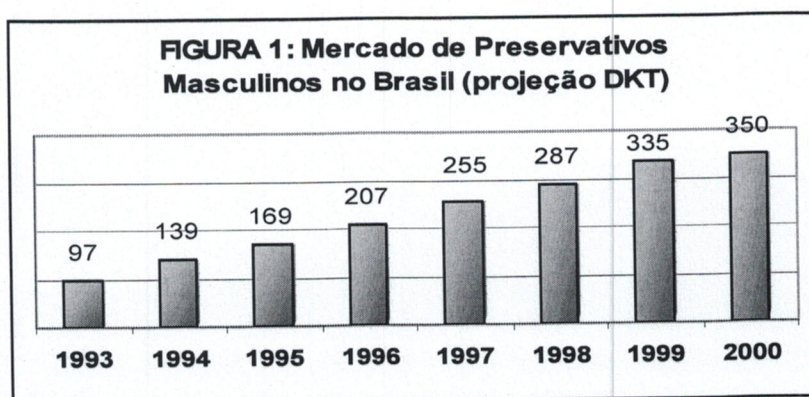
48% dos entrevistados referem o uso do preservativo na primeira relação sexual, nos últimos cinco anos, o que demonstra uma adesão crescente à utilização desse método preventivo.

Nas relações sexuais com parceiros eventuais, 63% dos homens e 69% das mulheres referem uso de preservativo.

Outra pesquisa realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) em 1996 indicou que dentre aqueles que usaram algum método anticoncepcional na primeira relação pré-marital, o preservativo foi o método de escolha de 49% da população estudada. Esse dado contrasta com aquele observado em pesquisa similar realizada em 1986, quando esse percentual atingia 4%.

4. O MERCADO DO PRESERVATIVO MASCULINO

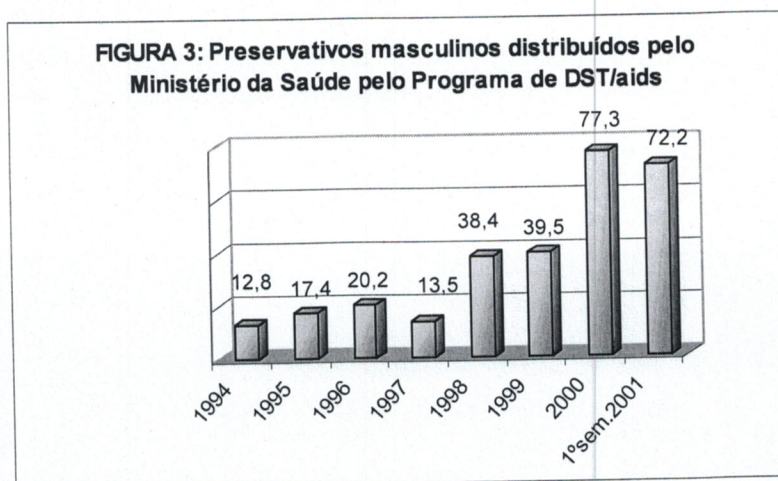
De acordo com as projeções da DKT do Brasil, baseados nos dados do Instituto AC Nielsen Brasil, empresa que realiza levantamento e auditoria em 65% do mercado existente no país, entre 1995 e 1997, o mercado de preservativos no Brasil tem aumentado em média 22% anualmente. Em 1998, 1999 e 2000, os aumentos foram respectivamente de 13%, 16% e 6%. Em relação a venda per capita, houve um aumento de cerca de 200% entre 1993 (0,6 preservativos per capita) e 2000 (2,1 preservativos per capita)



De acordo com as pesquisas da AC Nielsen, entre 1998 e 2000, houve um aumento significativo das vendas de preservativos masculinos na região do Grande RJ (86,5%), nos Estados do MS, GO e DF (60%), CE, RN, PB, PE, AL, SE e BA (40,5%), MG, ES e RJ (excluindo o grande Rio) (34%). No Estado de São Paulo, o aumento foi de 23,5% e houve uma redução de 5% nas vendas da região Sul.

De modo similar, as aquisições e distribuições de preservativos masculinos pelo Ministério da Saúde vem aumentando significativamente, de uma distribuição média de 16 milhões anuais entre 1994 e 1997, houve aumento da distribuição para cerca de 39 milhões/ano (2,4x) em

1998 e 1999, para 77 milhões em 2000 (4,8x). Em 2001, a estimativa é de distribuição de 122 milhões de preservativos (7,6x).



Em 2000, considerando o total de vendas dos preservativos e a distribuição do Ministério da Saúde, o consumo atingiu cerca de 2,5 preservativos per capita no país.

5. ESTIMATIVA DE NECESSIDADES DE PRESERVATIVO MASCULINO PARA PREVENÇÃO DAS DST E HIV/AIDS.

A estimativa de preservativos necessários para prevenção das DST e aids pode variar de acordo com a meta, metodologia e indicadores utilizados. A proposta da Coordenação Nacional estima a quantidade de preservativos necessária para cobertura das relações sexuais de alto e/ou médio grau de exposição ao HIV das pessoas sexualmente ativas.

Populações alvo priorizadas pela CN-DST/aids

As populações abaixo relacionadas foram priorizadas considerando-se aspectos epidemiológicos e condições diferenciadas e especiais de vulnerabilidades existentes em cada uma delas. Estão apresentadas em ordem de importância, a qual deve ser considerada no processo de planejamento local. Este deve prever quantitativos para aquisição, condições de estocagem e de distribuição que permitam o atendimento das estimativas de necessidades dessas populações priorizadas.

1. Pessoas infectadas pelo HIV e/ou com aids.

2. Pessoas portadoras de outras DST.

3. Profissionais do sexo (feminino e masculino)

Usuários de drogas e usuários de drogas injetáveis – UD/ UDI

Homens que fazem sexo com homens – HSH

Travestis

4. Internos do sistema prisional e agentes penitenciários

- Meninos e meninas de rua

- Adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas (em liberdade assistida, semi-liberdade e internado)

5. População indígena*

6. Caminhoneiro*

7. Forças armadas** (recrutas do exército e conscritos do exército, marinha e aeronáutica)

* a ordem de priorização destas populações (indígena e caminhoneiro) poderá ser alterada de acordo com a realidade de cada região. Há uma disponibilização acordada com a FUNASA para distribuição do preservativo masculino junto às populações indígenas (**anexo 01**).

** atualmente há uma disponibilização direta de preservativo masculino da CN para as Forças Armadas.

Para uma maior eficácia no controle da epidemia recomenda-se o atendimento desta escala de prioridades. No entanto, cada estado poderá ampliar a distribuição do preservativo para outras populações, conforme a realidade epidemiológica local, inclusive estabelecendo parcerias locais e contrapartida de aquisição do insumo para cobertura destas populações (adolescentes escolarizados, populações ribeirinhas, trabalhadores rurais, trabalhadores em empresas, etc.)

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO:

Os diferentes segmentos populacionais priorizados podem ser acessados por intermédio: (1) dos projetos de prevenção das DST/HIV/Aids dirigidos às populações específicas, desenvolvidos por organizações da sociedade civil e/ou organizações governamentais; (2) serviços que prestam assistência em HIV/Aids, clínicas de DST, Centros de Testagem e Aconselhamento, Unidades Básicas de Saúde, serviços de saúde da mulher-planejamento familiar *; (3) casas de apoio / abrigo e centros de recuperação em sistema aberto e de internação para adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas; (4) serviços e/ou projetos de assistência social; (5) sistema prisional; (6) postos de atendimento para caminhoneiros do SEST /SENAT; (7) Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - setor responsável pela saúde do índio; (8) unidades militares (fixas e confinadas).

Para garantir a disponibilização do preservativo às populações priorizadas é fundamental que os serviços de saúde se organizem e abram, de fato, suas portas para o atendimento de segmentos populacionais fortemente marginalizados e excluídos, como: usuários de drogas, profissionais do sexo, travestis e HSH. Faz-se necessário o fortalecimento desta ação tanto pelos projetos de ONG quanto pelo SUS.

Planilha de cálculo : metas estimadas para distribuição em segmentos populacionais priorizados

Os quantitativos sugeridos neste item são pautados em dados gerais existentes na CN (resultados de pesquisa, consolidados de experiências de serviços e projetos).

Estima-se a quantidade de preservativos para distribuição gratuita, de acordo com as ações de prevenção e assistência já desenvolvidas e/ou programadas. É importante lembrar que a planilha foi elaborada de acordo com dados gerais existentes na Coordenação Nacional. As Coordenações Locais de DST e Aids poderão ajustar a planilha desde que baseadas em dados existentes, não superestimando sua capacidade de distribuição, de acesso e de estocagem dos preservativos.

Para subsidiar o planejamento da demanda de preservativos por Unidade Federada, assim como eventual necessidade de aquisição de preservativos no âmbito de estados e municípios, objetivando suplementar o repasse realizado pelo Ministério da Saúde, encontra-se anexo quadro do número de preservativos repassados no mês de julho de 2002, considerando a distribuição anual de 150 milhões de unidades. Para o ano de 2003 está planejado o repasse de 300 milhões de preservativos, sendo que a distribuição por Unidade Federal será realizada considerando o quantitativo atual, ajustando-o às demandas identificadas nos planos estadual, de acordo com as orientações deste documento. Destacamos ainda que o quantitativo dos 300 milhões poderá não atender a toda a demanda nacional, necessitando que cada estado e/ou município planeje e pactue nas CIB as compras suplementares, visando garantir a ampliação do acesso a este insumo às populações mais vulneráveis às DST e HIV/Aids (**anexo 2**).

Pessoas infectadas pelo HIV e/ou com aids atendidas pelo Sistema Público de Saúde – (SUS)

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)

Estimativa de necessidade: N° de pessoas em terapia ARV* x 1,3** x 96

Observação: se o dado estiver disponível, excluir pacientes de consultório particular que apenas recebem medicamento no Sistema Público de Saúde. Para estimativa do total da população, considerar o número de pessoas de 15 a 49 anos X 0,65%.

* n° de pessoas em terapia ARV registradas no SICLOM

** estimativa de pacientes com HIV que não estão em terapia ARV

Pessoas com DST atendidas pelo SUS

Base cálculo: Homens com DST atendidos no SUS (estimativa de casos de DST em homens*)

Cobertura: 100% da população da base de cálculo

Quantidade preservativos: 6/consulta X 2

Estimativa de necessidade: Nº de casos atendidos no SUS *, 30% dos casos estimados x 6

* 6 milhões de casos de DST em homens, por ano. 80% sintomáticos = 4,8 milhões. 30% procuram assistência médica pública ou privada = 1,44 milhão. 30% procuram o SUS = 432 mil.

Estimativa ano Brasil. 432 mil x 6 preservativos X 2 consultas = 5.184.000 de preservativos.

Os dados de prevalência de DST em homens e mulheres encontram-se disponíveis na Coordenação Nacional de DST a disposição de estados e municípios.

Pessoas atendidas pelo CTA

Cobertura: 100% da população atendidas no CTA

Quantidade preservativos: 6/consulta

Estimativa de necessidade: Nº de usuários de CTA x 6

Usuários de drogas e drogas injetáveis – UD/ UDI e rede de interação sexual atendidos pelos Projetos de Redução de Danos- PRD *

Cobertura: 100% da população acessada nos projetos de redução de danos

Quantidade preservativos: 144/pessoa/ano (12/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de UDI atendidos pelo PRD x 2 x 144

Dados para cálculo de estimativa populacional de usuários de drogas = 1,2% da população de 18 a 45 anos.

Levar em conta a cota de preservativo feminino distribuído as usuárias de drogas e parceiras de usuários.

Profissionais do sexo atendidas pelo projetos específicos

Cobertura: 100% da população atendida nos projetos específicos

Quantidade preservativos: 480/pessoa/ano (30 a 40/mês*)

Estimativa de necessidade: Nº de profissionais do sexo atendidos pelos projetos x 480.

Levar em conta a realidade local e período do ano, e a cota de preservativo feminino.

Homens que fazem sexo com homens - HSH, atendidos pelos projetos específicos

Cobertura: 100% da população alvo

Quantidade preservativos: 144/pessoa/ano (12/mês)

Estimativa de necessidade: Nº de HSH acessados pelos projetos ou serviços x 144

Dados para cálculo de estimativa populacional – HSH = 5,9% dos homens de 15 a 60 anos (população sexualmente ativa).

Pessoas atendidas pelo sistema prisional

Cobertura: 100% dos presidiários e 40% dos agentes penitenciários

Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)

Estimativa de necessidade: (Nº de presidiários x 96) + (Nº de agentes penitenciários x 0,4 x 96)

Adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas

Cobertura: 100% da população alvo
Quantidade preservativos: 48/pessoa/ano (4/mês)
Estimativa de necessidade: N° de adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas em liberdade assistida, semi-liberdade e internado x 48

Adolescentes em situação de rua atendidos por projetos específicos

Cobertura: 100% da população alvo
Quantidade preservativos: 96/pessoa/ano (8/mês)
Estimativa de necessidade: N° de adolescentes em situação de rua atendidos pelos projetos específicos x 96

Caminhoneiros atendidos pelo SEST/SENAT, OSC e Prefeituras

Cobertura: 100% da população alvo
Quantidade preservativos: 3/atendimento
Estimativa de necessidade: N° de passagens dos caminhoneiros pelo SEST/SENAT, OSC e prefeituras x 3

Pessoas atendidas na Rede Básica de Saúde e Unidades de Saúde cadastradas no programa de saúde da mulher para planejamento familiar *

Base cálculo: Número de pessoas atendidas nas unidades de saúde desenvolvendo ações de prevenção para DST e Aids
Cobertura: 80% das pessoas atendidas nas unidades da base de cálculo
Quantidade preservativos: 04 a 06/número de pessoas atendidas nas unidades de saúde/ano
Estimativa de necessidade: N° de pessoas atendidas nas unidades de saúde x 04 ou 06/mês

***As unidades de saúde com planejamento familiar receberão preservativos diretamente do Ministério da Saúde pelo Kit Básico do Programa de Saúde da Mulher.**

Exército

Repasse direto do Ministério da Saúde para as Forças Armadas
- efetivo variável do exército (recrutas): 7 milhões / ano
- conscritos do exército, marinha e aeronáutica: 1 milhão / ano

6. ORIENTAÇÕES PARA A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS (52 e 49 mm)

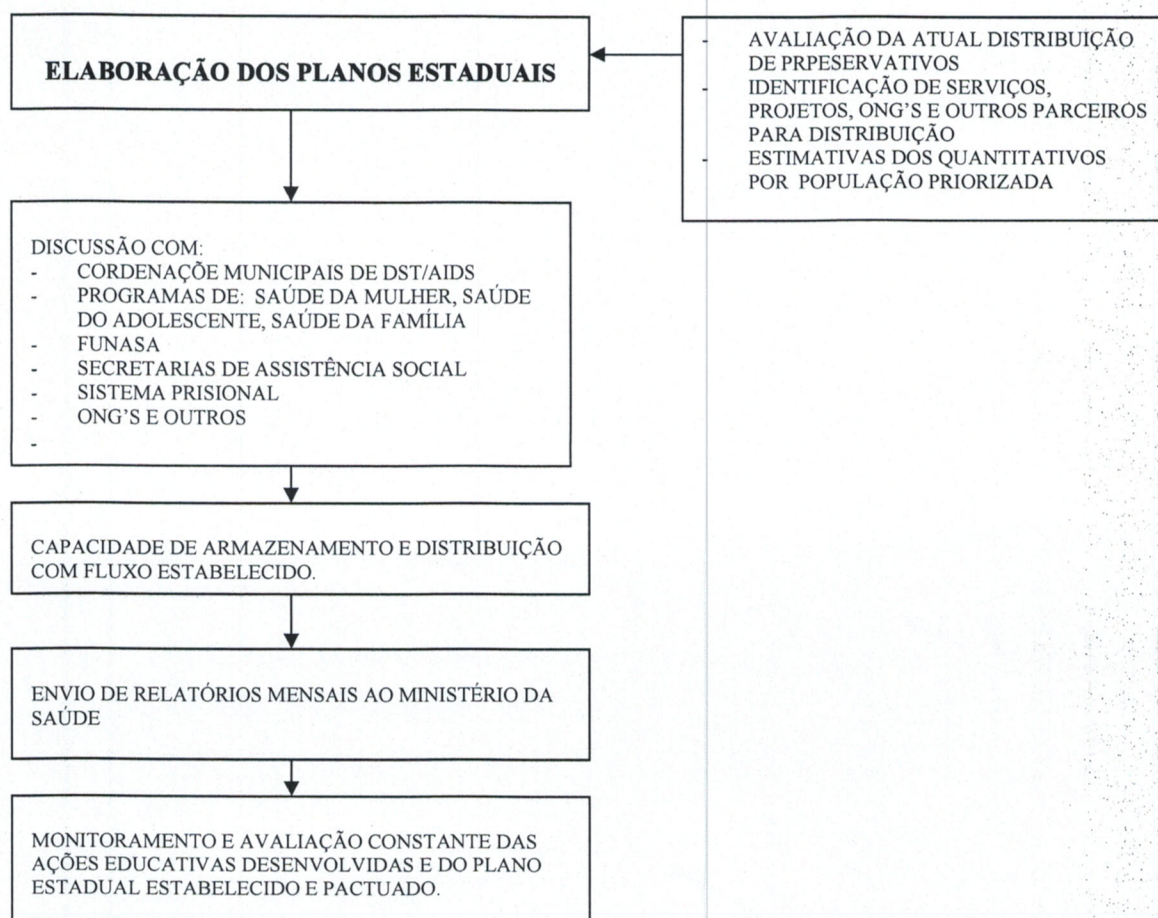
Objetivando garantir uma distribuição adequada e criteriosa do preservativo masculino cabe-nos enfatizar a importância de serem elaborados planos estaduais de distribuição de preservativos. Para tanto, primeiramente se faz necessário avaliar a atual distribuição no estado, se está atendendo as populações priorizadas para o controle da epidemia, quais são os pontos críticos e as possibilidades de aprimoramento da sistemática de distribuição. Em seguida identificar os serviços, programas e projetos e outras formas existentes no município ou estado; estimar o quantitativo necessário por população priorizada, tendo como referência os cálculos e as metas sugeridas neste documento.

Para a elaboração do plano estadual é importante que a Coordenação Estadual de DST/Aids envolva as coordenações municipais de DST e aids, e os demais atores deste processo de distribuição, como: área programática da Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente, Atenção Básica, Secretaria de Educação, Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social, Sistema Prisional, SEST / SENAT, FUNASA (área saúde do índio), Conselho de Direitos (da Criança e do Adolescente, da Mulher, etc.), Fórum de ONG – Aids ou ONG onde não houver fórum, entre outros. Este plano poderá ser pactuado nas instâncias decisórias existentes no estado, como: bipartite, Conselho de Saúde, Comissão Interinstitucional, etc.

Durante este planejamento é necessário avaliar a capacidade logística de armazenamento e distribuição dos preservativos das várias instâncias envolvidas no processo, visando um fluxo apropriado e garantindo a manutenção da qualidade do insumo. Ressaltamos ainda a importância do monitoramento deste processo pelo estado e/ou município, avaliando e adequando os quantitativos de preservativos demandados pelas instituições parceiras/dispensadoras, garantindo a cobertura das populações priorizadas e das práticas educativas pertinentes à população atendida, que realizam ações de prevenção às DST/Aids incorporadas na rotina. A ampliação do acesso ao preservativo no SUS, dar-se-á pela identificação dos serviços de saúde, garantindo metodologias de distribuição deste insumo com práticas educativas.

A distribuição do preservativo deve estar sempre acompanhada de informações claras e precisas sobre as vias de transmissão do HIV e outras DST, bem como as formas de prevenção e o uso correto do preservativo. O quantitativo de preservativo sugerido por pessoa pode ser ajustado, de acordo com as demandas individuais e capacidade local de distribuição. Tendo em vista que os preservativos masculinos distribuídos pela CN apresentam-se em duas larguras nominais de 49mm e 52mm, é importante que essas especificidades sejam consideradas durante o processo de planejamento e elaboração da estimativa de necessidade para as populações priorizadas.

Lembramos que ter o preservativo de 49 mm para distribuição possibilita ao agente de saúde lançar mão de uma alternativa a mais para atender a população masculina que busca este insumo. É importante frisar que este preservativo **não** se destina apenas à população adolescente e podem existir situações em que o adolescente faça uso do preservativo de 52 mm.



6.1. Aquisição do preservativo masculino

O Ministério da Saúde tem aumentado significativamente o quantitativo de preservativos adquiridos para distribuição. De 18 milhões comprados em 1993, passou para 40 milhões em 1999, 80 milhões em 2000, 126 milhões em 2001, e 80 milhões já distribuídos em 2002. Para 2003 está sendo encaminhada a compra de 300 milhões de preservativos. Todavia, vale ressaltar que este quantitativo ainda é insuficiente para atender a demanda existente. A atual política de descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção em DST/aids aponta a responsabilidade de aquisição de preservativos com recursos próprios tanto pela esfera estadual quanto municipal. Neste sentido, a CN está providenciando a abertura da ata de registro de preço do preservativo e preconizando compra anual pelos estados e municípios, de pelo menos um quantitativo correspondente a 20% da cota recebida anualmente do MS para os estados da região sul e sudeste e 10% para as regiões norte, nordeste e centro-oeste.

7. PRESERVATIVOS FEMININOS: CRITÉRIOS E FORMAS DE ACESSO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E ONG

O Ministério da Saúde adquiriu 2 milhões de preservativos femininos, nos anos de 2000 e 2001, para as mulheres brasileiras. Em 2002, esta sensa adquirido 4 milhões de preservativos femininos visando ampliar as ações com este insumo face a adesão das mulheres ao mesmo. Esta é a primeira experiência do Poder Público na distribuição gratuita deste insumo para a população feminina. O custo elevado do preservativo feminino impossibilitou e ainda impossibilita um investimento nas mesmas proporções do masculino. Entretanto, esta iniciativa é de suma importância, pois vem ao encontro da necessidade de ampliar os insumos de prevenção para as mulheres, na medida que há claramente uma feminização da epidemia de aids no País.

A pesquisa realizada pelo NEPO/UNICAMP, CEBRAP, UNAIDS e CN-DST/Aids, em 1999, demonstrou que as mulheres estão buscando formas de prevenção e cuidado no âmbito de sua autonomia, uma vez que uma das maiores dificuldades que têm enfrentado é a negociação com seus parceiros para o uso da camisinha masculina. A principal vantagem apontada pelas mulheres que participaram da pesquisa foi a prevenção das DST.

Face ao limitado número de preservativos femininos foi necessário estabelecer critérios de vulnerabilidade e situação de risco que as mulheres se encontram e a partir daí definir sua distribuição. Deste modo, priorizou-se as seguintes populações femininas: **profissionais do sexo** – que estão em relações desiguais de poder e onde o sexo desprotegido alcança um valor mais alto no mercado sexual e sofrem uma maior exposição ao risco pelo exercício do seu trabalho; **mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual** – onde a epidemia está associada à ausência de relações sexuais seguras, em que pese que não sejam acontecimentos sobrepostos, pode se inferir uma interface, pelo menos de uma mútua nutrição entre um fenômeno e outro; **mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos** – pela clara necessidade de essas mulheres precisam se proteger de uma reinfeção tanto quanto proteger seus parceiros e se protegerem quando casais discordantes ou concordantes; **mulheres usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis** – sabemos que as drogas tornam as pessoas mais vulneráveis a situações de risco, inclusive ao cuidado com a própria saúde e de seus parceiros; **mulheres com DST e mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção a saúde da mulher** – que perceberam-se em risco a partir de adquirirem uma DST e têm dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com seus parceiros.

Esses critérios não são isolados, também levou-se em conta o fato de que a distribuição do preservativo feminino deverá ocorrer com intervenções educativas e acompanhamento que possibilite um monitoramento capaz de instrumentalizar próximas aquisições e fortalecer a criação de uma rede de distribuição. Contribuem para esses critérios a representação geográfica e epidemiológica da aids no Brasil, a rede de distribuição a ser utilizada, ONG e serviços de saúde bem estruturados, que realizam ações educativas para prevenção e que possam integrar atenção à saúde da mulher e às DST/Aids.

Vale destacar que o preservativo feminino é distribuído também com o masculino, fortalecendo a idéia de co-responsabilidade no cuidado a saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres.

Alguns estados ampliaram seu trabalho para outras populações femininas que apresentam também critérios de vulnerabilidade e risco acrescido como presidiárias, trabalhadoras rurais e índias, levando-se em conta a realidade local. Todas as instituições envolvidas e os profissionais responsáveis em desenvolver este trabalho passam por uma capacitação/treinamento. A ampliação, consolidação e monitoramento dessa sistemática de distribuição do preservativo feminino é de responsabilidade da Coordenação Nacional e Coordenações Estaduais de DST/Aids.

8. NORMAS PARA O ARMAZENAMENTO ADEQUADO DE PRESERVATIVOS

Com vista a garantir o armazenamento apropriado dos preservativos para a manutenção da qualidade e durabilidade prevista do preservativo, é preciso assegurar as seguintes normas de manuseio e estocagem do produto.

- Limpar o almoxarifado com regularidade.
- Armazenar os preservativos em locais secos, iluminados, ventilados, protegidos da luz solar direta, calor, umidade e danos mecânicos (temperatura de estocagem até 28°C, no máximo 30° C).
- Assegurar a disponibilidade e acessibilidade de equipamentos para incêndios.
- Armazenar as caixas de preservativos a uma distância prudente de motores elétricos e lâmpadas fluorescentes.
- Empilhar as caixas de preservativos a uma distância de pelo menos 10 centímetros do piso e 30 centímetros da parede e outra pilhas, e no máximo 2,5 metros de altura.
- Ordenar as caixas de modo que as etiquetas de identificação, data de fabricação/prazo de validade estejam visíveis.
- Armazenar os preservativos de modo a facilitar o funcionamento do sistema “primeiros a expirar, primeiros a fornecer”- ou seja, saídas por ordem de vencimento. Se possível, separar os preservativos por lote.
- Armazenar os preservativos em lugares diferentes de inseticidas, produtos químicos, arquivos antigos, materiais de oficina e outros materiais.
- Remover as caixas internas das caixas de transporte somente para a distribuição do produto. A caixa externa ajuda a proteger os preservativos.
- Separar do estoque os preservativos danificados ou com prazo de validade expirado.

Referências bibliográficas

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico Aids**. Ano XIV nº 01 – 1ª a 13ª Semanas Epidemiológica – janeiro a março de 2001.
2. WHO/OMS. Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections. **Fact Sheet** No 243, June 2000.
3. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Perspectives in disease prevention and health promotion condoms for prevention of sexually transmitted diseases. **MMWR**, 37(9), p. 133-7, 1988.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Update: Barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. **MMWR**, 42(30), p. 589-591, 597, 1993.
5. FELDBLUM P. J. Pregnancy and STD prevention. **The latex condom. Recent Advances, Future Directions/** Family Health International. 1998.
6. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Prevenção as policy: How Thailand reduced SDT and HIV transmission. **AIDSceptions**, v. III, nº 1, 1996.
7. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Barrier methods require consistent use. **Network**, v. 16, nº 3, 1996.
8. SARACCO, A. et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. **J Acquir Immune Defic Syndr**. V. 6 (5), p.497-502, 1993.
9. SCHIAVO, M. R. Preservativo Masculino. Hoje, mais necessário do que nunca. **Ministério da Saúde/Programa Nacional de DST/AIDS**. Brasília, 1997.
10. BERQUÓ E. et al. Pesquisa sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepção de Risco para o HIV/Aids. **Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)/Ministério da Saúde**. Brasília, 2000.
11. BENFAM. **Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Um Estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Junho/99
12. BENFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro. 1996
13. THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Condoms – Now more than ever. **Populations Reports**, nº 8, 1990.
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Contraceptive use in the United States: 1982 –90. **Vital and health statistics of the CDC/NCHS**. nº 260. 1995
15. HARVEY, P.D. Let every child be wanted. How social marketing is revolutionizing contraceptive use around the world. London, 1999.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE/COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **National Aids Drug Policy**. Junho 2001.
17. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. **Custos Diretos do Tratamento da Aids no Brasil**. Brasília, 1999.
18. SÃO PAULO/SECRETARIA DE SAÚDE/COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS. **Ações de Prevenção e assistência as DST/Aids na rede de Atenção Básica à saúde do Estado São Paulo**. São Paulo, 2001
19. PACCA, Júlio C. B. e BARBOZA, Renato. Prevenção à Aids: **Um desafio para a saúde e seus profissionais**. *Práticas Hospitalares*. São Paulo. Ano I. Nº 5. Pg. 24-28. Set-out. 1999.

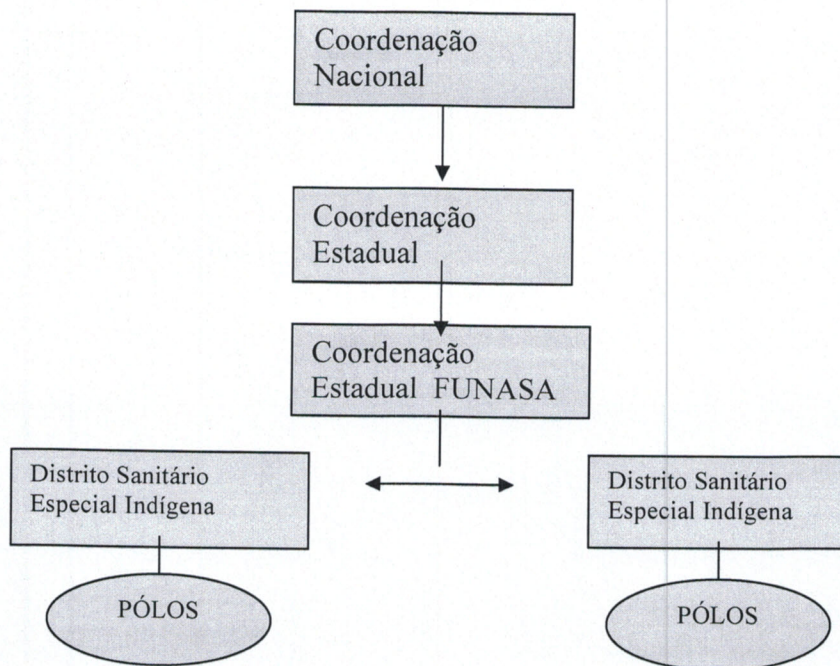
ANEXO 1

NOTA TÉCNICA – DISTRIBUIÇÃO DO PRESERVATIVO MASCULINO PARA OS POVOS INDÍGENAS

A Secretaria de Políticas de Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/HIV/Aids, e a Fundação Nacional de Saúde (FNS), por intermédio do Departamento de Saúde Indígena, em conformidade com o que estabelece o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Indígena, que reconhece a necessidade de uma atenção diferenciada para os povos indígenas, acordam entre si os seguintes critérios quanto aos parâmetros de cobertura para distribuição de preservativos, fluxo e logística:

- 1 – A base de cálculo utilizada levou em conta 03 preservativos por semana para a população masculina sexualmente ativa, na faixa etária entre 12 a 60 anos, dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme anexo 1 desta nota técnica;
- 2 – Cobertura diferenciada para alguns DSEI, onde se evidenciam altas taxas de incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), casos de aids notificados e existência de arranjos sexuais com mais de um parceiro. A base de cálculo será definida em conjunto com as Coordenações estaduais de DST/HIV/Aids e as Coordenações Regionais da FUNASA;
- 3 – O fluxo seguirá a rotina que vem sendo adotada para a população em geral, seguido de repasse das Coordenações estaduais de DST/Aids para as Coordenações Estaduais da FUNASA e desta para os distritos sanitários especiais indígenas e unidades pólos, conforme fluxo abaixo:

FLUXO DE DISTRIBUIÇÃO:



4 – O acompanhamento, monitoramento e avaliação serão compartilhados entre a Coordenação Nacional, Coordenações Estaduais de DST/HIV/Aids e FUNASA, mediante instrumentos previamente discutidos e acordados;

5 - Avaliação de impacto demográfico sobre a saúde reprodutiva dos povos indígenas deverá ser realizada e monitorada para aqueles segmentos da população indígena que apresentem processo de depopulação;

ANEXO 2

Distribuição proporcional por estado por percentual (%)

UF	11/07/2002	
AC	79.920	0,63
AL	180.864	1,43
AP	49.392	0,39
AM	134.640	1,06
BA	576.000	4,55
CE	360.000	2,85
DF	144.000	1,14
ES	158.400	1,25
GO	300.960	2,38
MA	208.800	1,65
MT	184.320	1,46
MS	250.560	1,98
MG	904.320	7,15
PA	215.280	1,70
PB	316.800	2,50
PR	576.000	4,55
PE	576.000	4,55
PI	141.120	1,11
RJ	1.440.000	11,37
RN	179.856	1,42
RS	864.000	6,82
RO	43.200	0,34
RR	28.800	0,23
SC	576.000	4,55
SP	3.960.000	31,27
SE	150.048	1,18
TO	64.800	0,51
TOTAL	12.664.080	100



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
GERÊNCIA TÉCNICA DE DST/Aids

PLANILHA DE INSUMOS DE PREVENÇÃO

***Subsídio para o cálculo do Plano de
Necessidades***

Palmas – TO



O QUE É O PLANO DE NECESSIDADES?

- ➔ É um **INSTRUMENTO DE GESTÃO** que visa operacionalizar as ações de prevenção pactuadas nos Planos de Ações e Metas (PAM)
- ➔ Que se encontra inserido na *Política de Incentivo* fundo a fundo, instituída pela Portaria **GM 2.313 de 20/12/2002**, estabelece a necessidade de construção do **Plano de Necessidades de Insumos de Prevenção**, como forma de subsidiar o planejamento das ações de prevenção que serão desenvolvidas ao longo do ano
- ➔ Este plano visa identificar os quantitativos de insumos (**preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, dentre outros**) que deverão ser adquiridos pelos gestores nas três esferas de governo, atendendo o **ANEXO 05 da Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST – Nº 01/2002 - Portaria Nº 2.314, de 20 de dezembro de 2002**



PORQUÊ A PACTUAÇÃO?

➔ Para garantir a continuidade, a ampliação e aprimoramento do acesso deste insumo em nível estadual através da CIB, contemplando a situação epidemiológica, as populações prioritárias e a capilaridade da distribuição

➔ A suplementação sugerida para os Estados da região norte **é de 10% da cota recebida anualmente pelo Ministério da Saúde** (após levantamento real da população)

➔ Os preservativos adquiridos pelo Estado e municípios deverão constar como contrapartida, ou seja, não devem ser incluídos nos recursos repassados pelo Ministério da Saúde



Nota Técnica Nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS

O Ministério da Saúde, recomenda às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que adotem medidas que facilitem o acesso dos usuários do SUS, sobretudo das populações mais vulneráveis aos preservativos masculinos, tais como:

➔ Desvincular a necessidade de prescrição médica para a entrega dos preservativos masculinos ao usuário

➔ Evitar a solicitação de documentos de identificação e controle do usuário para a dispensação dos preservativos masculinos

➔ Desvincular o fornecimento dos preservativos masculinos à participação obrigatória dos usuários a palestras ou outro tipo de reunião



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

➡ As cotas por Estado, baseadas nos Planos, serão repassadas para as Secretarias Estaduais de Saúde, que deverão gerenciar o repasse aos municípios e organizações da sociedade civil

➡ A Secretaria Estadual de Saúde, também estará responsável pelo repasse para os programas, projetos e Coordenação Estadual da FUNASA.



QUAIS SÃO AS AÇÕES E INSUMOS DE PREVENÇÃO?

Ações na área de prevenção às DST/HIV/Aids ➡ São as associadas a educação continuada para a saúde num processo de interação e formação de sujeitos através da inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo

Insumos de prevenção ➡ preservativos masculinos, preservativos femininos, gel-lubrificante, material educativo e informação qualificada



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PROGRAMA ESTADUAL DE DST/Aids													
PLANILHA MENSAL DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS DE PREVENÇÃO													
MUNICÍPIO	Entradas do mês				LOCAL/ DATA								
ESPECIFICAÇÃO DE INSUMOS	Saldo do mês anterior	Contra partida União/MS	Contra partida Estado	Contra partida Município	Saldo do mês	Perdas e Ajustes	Saldo Final	Demanda Reprimida	ONG				
Preservativo Masculino 49 mm										1-			
Preservativo Masculino 52 mm										2-			
Preservativo Masculino 53 mm										3-			
Preservativo Masculino 55 mm										4-			
Preservativo Feminino										5-			
Gel Lubrificante										6-			
Material Educativos													
POPULAÇÃO ASSISTIDA	Preservativo Masc. 49 mm		Preservativo masc. 52 mm		Preservativo masc. 53 mm		Preservativo masc. 55 mm		Preervativo Feminino		Gel Lubrificante		
	Pess. Atendidas	Distribuido	Pess. Atendidas	Distribuido	Pess. Atendidas	Distribuido	Pess. Atendidas	Distribuido	Pess. Atendidas	Distribuido	Pess. atendidas	Distribuido	
Adolescentes cump. medidas sócio-educativas													
Adolescentes e Jovens													
Adolescentes e jovens em situação de rua													
Caminhoneiros													
Empregadores e Empregados no local de trabalho													
Estudantes													
Estudantes SPE/PSE													
Gestantes													
Homens													
Homossexuais e outros HSH													

Mulheres						
Pessoas atendidas no Sistema Prisional						
Pessoas atendidas em CTA						
Pessoas atendidas na Rede Básica de Saúde (UBS)						
Pessoas com DST						
Pessoas vivendo com HIV/Aids						
Pop. em Assentamentos e Acampamentos Urbanos						
População da terceira idade						
População das Forças Armadas						
População de Órgãos Oficiais						
População em situação de Pobreza						
População Flutuante						
População Quilombola						
População Rural						
Povos Indígenas						
Profissionais de Saúde						
Profissionais do Sexo - Feminino						
Profissionais do Sexo - Masculino						
Travestis e Transexuais						
Usuários de Drogas e Drogas injetáveis						
Total da População Assitada						
Atividades						
Carnaval						
Dia Mundial da Luta contra a Aids						
Outros eventos (locais)						
Responsável pelo Preenchimento:					TELEFONE DE CONTATO:	
CARGO/FUNÇÃO (carimbo/assinatura):						

Gerência Técnica de DST/Aids

Coordenadora: Adriana Cavalcante - Enfermeira

Assistência

- *Xênia Pollyana – Enfermeira*
- *Eulessandra - Enfermeira*

Prevenção

- *Cássia Zago – Ass. de Serviços de Saúde*
 - *Sâmia Chabo – Enfermeira*
 - *Rosicler Guimarães – Psicóloga*
 - *Verônica Araújo – Assistente Social*

Vigilância

- *Márcio Salgado - Cirurgião Dentista*
- *Gilney Borges – Assessor Administrativo*



Gerência Técnica de DST/Aids

CONTATOS

TELEFONE/FAX: (63) 3218-1768/ 1731

E-MAIL:

dst.prevencao@saude.to.gov.br

dst.assistencia@saude.to.gov.br

dst.vigilancia@saude.to.gov.br



População Flutuante												
População Quilombola												
População Rural												
Povos Indígenas												
Profissionais de Saúde												
Profissionais do Sexo - Feminino												
Profissionais do Sexo - Masculino												
Travestis e Transexuais												
Usuários de Drogas e Drogas injetáveis												
Total da População Assitada												
Atividades												
Carnaval												
Dia Mundial da Luta contra a Aids												
Outros eventos (locais)												
Responsável pelo Preenchimento:							TELEFONE DE CONTATO:					
CARGO/FUNÇÃO (carimbo/assinatura):												