**PREFEITURA MUNICIPAL DE**

**XXXXXXXXXXXXXX**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS ISTS/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MUNICIPIOS PRIORITÁRIOS

Portaria 3.276 26/12/2013

XXXXXXXX – TO

2018

# 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO** | | | |
|  | | | |
| Comissão Intergestores Regional: | | | |
| Município: | | População: | |
| Nome do Prefeito: | | | |
| Nome do Secretário Municipal de Saúde:  Telefone e e-mail de contatos: | | | |
| Nome do Coordenador da Vigilância Epidemiológica:  Telefone e e-mail de contatos: | | | |
| Nome do Coordenador Municipal do Programa de IST/HIV/Aids e HV:  Telefone e e-mail de contatos: | | | |
| Nome do Coordenador Municipal da Atenção Básica:  Telefone e e-mail de contatos: | | | |
|  | | | |
| **Mapeamento do Território da Atenção Básica** | | | |
|  | | | |
| Nº de Equipes Saúde da Família: ( ) | | | |
| Nº de Equipes PACS: ( ) | | | |
| Nº de UBS com 1 equipe: ( ) Nº de UBS com 2 equipes: ( ) Nº de UBS com 3 equipes: ( ) | | | |
| Nº de NASF I: ( ) Nº de NASF II: ( ) Nº de NASF III: ( ) | | | |
| Presídio/Cadeia Pública: sim ( ) não ( ) | | | |
| Equipe saúde no domicílio: EMAD\* sim ( ) não ( ) EMAP\*\* sim ( ) não ( )  \*Equipe Multiprofissional Assistência Domiciliar  \*\* Equipe Multiprofissional de Apoio a EMAD | | | |
| Prostíbulos, se sim quantos: sim ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ não ( ) | | | |
|  | | | |
| **Mapeamento do Território da Atenção Secundária** | | | |
|  | | | |
| Centro de Especialidades Médicas: sim ( ) não ( ) | | | |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): sim ( ) não ( ) | | | |
| Serviço de Assistência Especializada SAE: sim ( ) não ( ) | | | |
| Unidade de Pronto Atendimento: sim ( ) não ( ) | | | |
| Centro de Especialidades Odontológicas: sim ( ) não ( ) | | | |
|  | | | |
| **Mapeamento do Território da Atenção Terciária** | | | |
|  | | | |
| Hospital Público de Referência: sim ( ) não ( ) | | | |
| Hospital Público de Referência e Maternidade: sim ( ) não ( ) | | | |
| Se encaminha, qual Hospital de Referência? | | | |
|  | | | |
| **Operacionalização dos Sistemas** | | | |
|  | | | |
| **SISTEMAS** | **NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL** | | |
| Sistema de Controle de Insumos Laboratoriais -SISLOGLAB |  | | |
| Sistema de Informação de Agravos de Notificação -  SINAN |  | | |
| Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais - SICLOM |  | | |
| Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids - SIMC |  | | |
| Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV - SISCEL |  | | |
|  | | | |
| **Preenchimento dos Mapas e Boletins** | | | |
|  | | | |
| **MAPAS E BOLETINS** | | | **NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL** |
| Preservativos | | |  |
| Fórmula Infantil | | |  |

|  |
| --- |
| **Epidemiologia das IST/HIV/Aids e Hepatites Virais** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AGRAVO** | | | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **TOTAL** |
| Aids em >13 anos | | |  |  |  |  |  |  |
| Aids em <13 anos | | |  |  |  |  |  |  |
| HIV+ | | |  |  |  |  |  |  |
| Gestante HIV+ | | |  |  |  |  |  |  |
| Crianças Expostas | | |  |  |  |  |  |  |
| Sífilis em Gestantes | | |  |  |  |  |  |  |
| Sífilis Congênita | | |  |  |  |  |  |  |
| Sífilis Adquirida | | |  |  |  |  |  |  |
| Hepatite B | | |  |  |  |  |  |  |
| Hepatite C | | |  |  |  |  |  |  |
| Condiloma/HPV | | |  |  |  |  |  |  |
|  | |
|  | |
| **Logística de Teste Rápido / Anual** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TESTES RÁPIDOS** | **RECEBIDOS** | **REALIZADOS** | **POSITIVOS** |
| Teste Rápido HIV - (TR1) |  |  |  |
| Teste Rápido HIV – (TR2) |  |  |  |
| Teste Rápido HIV – (FO) |  |  |  |
| Teste Rápido Sífilis |  |  |  |
| Teste rápido Hepatite B |  |  |  |
| Teste Rápido Hepatite C |  |  |  |
| **Fonte/data:** | | | |

**ÁREAS DE ATUAÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DAS IST’s**

1. **Promoção, Prevenção e Proteção**
2. **Diagnóstico, Tratamento e Assistência**

**Promoção, Prevenção e Proteção**

As orientações para esta área priorizam: insumos estratégicos de prevenção, ações específicas para segmentos populacionais mais vulneráveis, qualificação da prevenção em serviços e os Planos Estratégicos direcionados ao enfrentamento da epidemia entre populações específicas.

|  |
| --- |
| **Planos Estratégicos para alcance dos Eixos e sub-eixos** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixos Prioritários: Promoção, prevenção e proteção/ Diagnóstico, tratamento e assistência.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Sub Eixo 1: Ampliação do diagnóstico HIV, sífilis, hepatites virais, e demais IST (clamídia, gonorréia e HPV).** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ações/ Atividades** | **Responsáveis pela ação** | **Cronograma das Atividades** | | | | | | | | | | | |
| **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
| Treinamento de profissionais no TELELAB para realizarem parte prática dos Testes Rápidos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cadastrar profissionais no SISLOGLAB |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Solicitar TR para a SES/Gerência de IST |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensibilizar equipe técnica das UBS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oferecer TR para a população que procuram a UBS por demanda espontânea ou agendada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Divulgar amplamente nos meios de comunicação do município a oferta de TR pela UBS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Testar todas as pessoas que comparecerem a UBS com alguma IST instalada |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar testagem rápida em ações coletivas com a população |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Notificar na UBS todos os casos de IST diagnosticado pela equipe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confeccionar folders, cartazes, informativos para a comunidade em geral |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar testes rápidos na população carcerária, bombeiros, policiais Civis e Militares, profissionais de saúde, Casas de Assistência ao idoso e etc |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sensibilizar os profissionais quanto às notificações, através de reuniões nas Unidades a respeito das ISTs  Realizar palestras em instituições de ensino com foco na prevenção, no tratamento e agravos referentes às IST’s |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comemorar o Dias de luta contra as Hepatites Virais, a sífilis e a AIDS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar atividades coletivas de prevenção/diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis nas temporadas de praia, carnaval e/ou festividades locais |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaborar e reproduzir Boletim Epidemiológico Hepatites Virais, Sífilis e HIV/AIDS; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confeccionar faixas com frases de efeito para serem afixadas em pontos estratégicos na cidade; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fazer um levantamento juntamente com os profissionais da Atenção Básica, das áreas que possuem casas noturnas (prostíbulos), para oportunizar vacinação, fornecer insumos de prevenção, orientações e realização de testes rápidos; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar mapeamento das manicures e pedicures e promover atividades de educação e saúde para orientações sobre os riscos de contaminação das Hepatites entre alicates, esmaltes, acetonas entre outros; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar mapeamento dos tatuadores e colocadores de piercing e promover atividades de educação e saúde para orientações sobre os riscos de contaminação por Hepatites dos utensílios utilizados; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fortalecer a vacinação nas escolas contra o HPV e quando houver casos vacinar as pessoas vivendo com HIV/Aids segundo protocolo; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confeccionar camisetas, bonés, squeeze, dispenser de preservativos e etc. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixos Prioritários: Promoção, prevenção e proteção/ Diagnóstico, tratamento e assistência.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Sub Eixo 2: Diagnóstico e tratamento da gestante com sífilis na AB** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ações/ Atividades** | **Responsáveis pela ação** | **Cronograma das Atividades** | | | | | | | | | | | |
| **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
| Captar precocemente todas as gestantes através dos ACS e equipe; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar TR na 1ª e 7ª consulta de pré-natal (1º trimestre/3º trimestre); |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Utilizar o fluxograma de tratamento preconizado pelo MS e Estado para manejo dessa gestante (ver documento em anexo); |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar VDRL quantitativo mensalmente até o final da gestação para verificar eficácia do tratamento; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Notificar na UBS o caso como sífilis em gestante; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Disponibilizar medicamentos para tratamento **IMEDIATO** da sífilis em gestante e adquirida na UBS; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fazer busca ativa dos parceiros de gestantes com sífilis para tratamento **IMEDIATO** da sífilis; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar o tratamento da gestante com Penicilina Benzatina pela equipe de enfermagem de acordo com a Nota Técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixos Prioritários: Promoção, prevenção e proteção/ Diagnóstico, tratamento e assistência.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Sub Eixo 3: Redução da transmissão vertical: Sífilis e HIV** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ações/ Atividades** | **Responsáveis pela ação** | **Cronograma das Atividades** | | | | | | | | | | | |
| **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
| Testar e tratar adequadamente todas as gestantes com sífilis e parceiros sexuais acompanhadas pelas equipes de PSF; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Testar adequadamente todas as gestantes com e os casos positivos para HIV encaminhar para a referência; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adquirir e oferecer fórmula infantil para as crianças expostas ao HIV (essa oferta poderá ser nos primeiros 6 meses ou até completar 1 ano de vida) de acordo com a Portaria 3.276 26/12/2013. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixos Prioritários: Promoção, prevenção e proteção/ Diagnóstico, tratamento e assistência.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Sub Eixo 4:**  **Diagnóstico e tratamento das pessoas com HIV/Aids, Hepatites B e C** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ações/ Atividades** | **Responsáveis pela ação** | **Cronograma das Atividades** | | | | | | | | | | | |
| **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
| Testar a população geral em ações coletivas ou por demanda espontânea nas UBS; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rastrear a população chave para enfrentamento do HIV (trabalhadores do sexo, gays e outros HSH, pessoas privadas de liberdade; pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans); |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rastrear a população prioritária para o enfrentamento do HIV (população negra, indígenas, pessoas em situação de rua e adolescentes e jovens); |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Realizar testagem para HCV nos indivíduos em situações de risco, como:** nascidos antes de 1975, receptores de transfusão de sangue e hemoderivados ou transplantes de órgãos antes de 1993, usuários de drogas e parcerias sexuais, nascidos de mãe portadora de hepatite C, contatos domiciliares de portadores, pessoas com tatuagens ou que colocaram piercings, pacientes em hemodiálise, portadores de cirrose hepática, cancer hepático ou doença hepática sem etiologia definida, pessoas com diagnostico de IST ou que fizeram sexo desprotegido. Não ha recomendação para testagem de rotina na população geral; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar testagem rápida nos pacientes cadastrados no HIPERDIA, pois estão com critério para rastreio das hepatites B e C; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Intensificar a testagem nos idosos, na perspectiva de intensificar o aconselhamento para prevenção; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eixos Prioritários: Promoção, prevenção e proteção/ Diagnóstico, tratamento e assistência.** | | | | | | | | | | | | | |
| **Sub Eixo 5: Logística de preservativo e fórmula infantil** | | | | | | | | | | | | | |
| **Ações/ Atividades** | **Responsáveis pela ação** | **Cronograma das Atividades** | | | | | | | | | | | |
| **JAN** | **FEV** | **MAR** | **ABR** | **MAI** | **JUN** | **JUL** | **AGO** | **SET** | **OUT** | **NOV** | **DEZ** |
| Ampliar a oferta dos preservativos masculinos 49 mm e 52 mm e feminino para a população geral, população chave e prioritárias; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Distribuir preservativos nos bares mais visitados e em dias de atividades festivas no município; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comprar e fornecer a fórmula infantil para crianças expostas ao HIV com até 06 meses de vida, podendo prolongar a oferta por até 1 ano de vida de acordo com a Portaria 3.276 26/12/2013. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Monitoramento e Avaliação- Indicadores**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDICADOR** | **DESCRIÇÃO** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **META PACTUADA** | **RESULTADO ALCANÇADO** |
| **Reduzir a incidência de sífilis congênita.** | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Redução de 10% a cada ano | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência. |  |  |
| **Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos** | Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos. | Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência. |  |  |
| **Aumentar o acesso ao diagnóstico da Hepatite C** | Número de testes sorológicos anti-HCV realizados. Ampliar em 10% ao ano. | Número de testes sorológicos anti HCV realizado no ano para diagnóstico da hepatite C. |  |  |
| **Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.** | Número de testes de sífilis por gestante. Pelo menos 2 testes de sífilis, conforme preconizado em normativa especifica. | Numerador: Número de testes realizados para diagnóstico da sífilis entre gestantes, em determinado período e local.  Denominador: Número de partos hospitalares do SUS, para o mesmo período e local. |  |  |
| **Número de Testes de HIV realizados** | Número de testes realizados para diagnóstico de HIV, em determinado ano e local | Número de testes realizados para diagnóstico de HIV, em determinado ano e local |  |  |

|  |
| --- |
| Recurso Financeiro/Planilha Orçamentária |

# Incentivo financeiro disponibilizado de acordo com a Portaria Ministerial nº 3276 de 26 de dezembro de 2013 e Resolução CIB nº 070/2014 de 30 de abril de 2014.

# Valor Total Anual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valor mensal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **ITEM** | **DESCRIÇÃO** | **QUANT** | **UNID** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Papel sulfite A4 |  | cx |  |  | |
| 2 | Caneta esferográfica azul |  | cx |  |  | |
| 3 | Pasta fina transparente com elástico |  | Unid |  |  | |
| 4 | Pistola de cola quente |  | Unid |  |  | |
| 5 | Cola quente |  | cx |  |  | |
| 6 | Fitilhos |  | Unid |  |  | |
| 7 | Papel celofane |  | cx |  |  | |
| 8 | Isopor |  | Unid |  |  | |
| 9 | E.V.A. liso (branco, azul, vermelho, preto, amarelo, rosa) |  | Unid |  |  | |
| 10 | E.V.A. com glitter |  | Unid |  |  | |
| 11 | Papel para certificado |  | cx |  |  | |
| 12 | Pendrive 8g |  | Unid |  |  | |
| 13 | Livro ata 100 folhas |  | Unid |  |  | |
| 14 | Livro ata 200 folhas |  | Unid |  |  | |
| 15 | Lápis preto |  | cx |  |  | |
| 16 | Itens de papelaria em geral |  | Unid |  |  | |
| 17 | TNT colorido (Branco) |  | Metros |  |  | |
| 18 | TNT colorido (vermelho, preto e amarelo) |  | Metros |  |  | |
| 19 | Balões (branco, vermelho, preto, amarelo) |  | Pct |  |  | |
| 20 | Confecção de Leques |  | Unid |  |  | |
| 21 | Confecção Viseiras |  | Unid |  |  | |
| 22 | Confecção Chaveiros |  | Unid |  |  | |
| 23 | Confecção de Camisetas |  | Unid |  |  | |
| 25 | Confecção Boné |  | Unid |  |  | |
| 26 | Bolsa Personalizada |  | Unid |  |  | |
| 28 | Confecção de Squeeze |  | Unid |  |  | |
| 29 | Canetas Personalizadas |  | Unid |  |  | |
| 30 | Confecção de Folder |  | Unid |  |  | |
| 31 | Confecção de Cartazes |  | Unid |  |  | |
| 32 | Confecção de Faixas |  | Unid |  |  | |
| 33 | Confecção de Adesivos |  | Unid |  |  | |
| 34 | Confecção Banner |  | Unid |  |  | |
| 35 | Coffee Break |  | Pessoas |  |  | |
| 36 | Aparelho de PA |  | Unid |  |  | |
| 37 | Aparelho de Glicemia |  | Unid |  |  | |
| 38 | Tiras Reagentes para Glicemia |  | cx |  |  | |
| 39 | Dispensador de Preservativo |  | Unid |  |  | |
| 40 | Máquina Fotográfica digital |  | Unid |  |  | |
| 41 | Fórmulas Infantis (Aptamil 2 - 800 gr) |  | Unid |  |  | |
| 42 | HP LaserJet Pro MFP M277dw A cores Laser - Fax / copiadora / impressora / scanner |  | Unid |  |  | |
| 43 | Kit 4 Toners para HP 201A |  | Unid |  |  | |
| 44 | Computador All In One Positivo Union US8565 - Intel Core i5 4GB 1TB Wi |  | Unid |  |  | |
| **Acrescente o que mais for necessário...** | | | |  | |
| **TOTAL** | | | | **R$** | |