PD-ABG-642
ISN 1170

BRAZIL

Training in Clinic Management through Patient Flow Analysis in Integrated Health Services with an STDs/AIDS program

Foreign Trip Report

June 15-25, 1993

Diego E. Berrío
Public Health Advisor

August 11, 1993

Reproductive Health International Program Assistance
Division of Reproductive Health
National Center for Chronic Disease Prevention
and Health Promotion
Centers for Disease Control and Prevention

PUBLIC HEALTH SERVICE
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Atlanta, Georgia 30333

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ACRONYMS 1

I. SUMMARY 2

II. PLACES, DATES, AND PURPOSE OF TRAVEL 3

III. PRINCIPAL CONTACTS 3

IV. BACKGROUND 3

V. CLINIC MANAGEMENT TRAINING WORKSHOP 4

VI. CONCLUSIONS 7

VII. FUTURE ACTIVITIES 8

APPENDIX A: National Program of STDs/AIDS Project Paper. 9

APPENDIX B: PFA Statistical Output 10

LIST OF ACRONYMS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
MOH	Ministry of Health
PFA	Patient Flow Analysis
STDs/AIDS	Sexually Transmitted Diseases/Acquired Immune Deficiency Syndrome
TQM	Total Quality Management
USAID	United States Agency for International Development

I. SUMMARY

The Brazilian Ministry of Health (MOH), National Program of Sexually Transmitted Diseases/Acquired Immune Deficiency Syndrome (STDs/AIDS) is working towards improving the quality of health care delivery of integrated health centers throughout Brazil. In keeping with this goal, they identified the need to conduct clinic management analysis for improving the management of STDs/HIV services and clinic performance. The primary purpose of this trip was to provide training in clinic management through patient flow analysis (PFA) to Brazilian STDs/AIDS health officials supported by the Ministry of Health.

One of the goals of the MOH's National program of STDs/AIDS initiative is to transfer clinic management technology to the clinic staff who will have the capacity to continuously improve patient services through participatory management. The PFA tool will be disseminated in 300 health centers nationwide where STDs/AIDS clinical services are integrated with other health programs (e.g., family planning and maternal and child health). The MOH believes that through integrated efforts, their limited resources could be utilized more effectively for controlling STDs/AIDS in their communities (see appendix A, MOH, National Program of STDs/AIDS Project Paper).

As part of the clinic management training, a PFA study was implemented at Health Center 11, Federal District of Brasília, to identify typical issues in patient flow and staff utilization. Clinic management analysis was done through analysis of PFA outputs, direct observations of service delivery and an informal exit interview with patients.

The informal exit interviews with some patients were important to obtain program-specific information that could help the clinic administrators make informed decisions on ways to improve program effectiveness, efficiency, and quality of service delivery as perceived by clients. Questions addressed client satisfaction with the waiting time, treatment by clinic staff and overall care.

The PFA findings and recommendations were presented in a preliminary report to the clinic staff and reviewed during an open discussion. Principles of total quality management (TQM) and a clinic management philosophy were introduced for the purpose of providing a framework for discussing clinic management issues.

II. PLACES, DATES, AND PURPOSE OF TRAVEL

At the request of the Brazilian Ministry of Health, National Program of STDs/AIDS, Diego E. Berrío, Public Health Advisor, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), traveled to Brasília from June 16-25, 1993. Support for this travel was provided by the Brasilian Cooperation Agency and the United Nations; AID/PASA gave basic salary support. The purpose of this travel was to provide technical assistance in clinic management analysis and training in patient flow analysis to 14 MOH and State health officials involved in STDs/AIDS activities.

III. PRINCIPAL CONTACTS

A. MOH

Dr. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, Director, National Program of STDs/AIDS
Dr. Helvecio Bueno, Chief, STDs/AIDS Control Unit

B. Workshop Participants

Dr. Fabio C. Gomes, MOH, STDs/AIDS Control Unit
Dr. Fabio Moherdaui, MOH, STDs/AIDS Control Unit
Ms. Denise M. Cunha Willers, Rio Grande do Sud
Dr. Diva Castelo Branco Arruda, Brasília DF
Dr. Jose Carlos Gomes Sardinha, Amazonas
Dr. Luciene Stelato Stevaneli Freitas, Mato Grosso
Dr. Manuel Fdo. Queiros dos Santos Júnior, São Paulo
Dr. Maria do Carmo Moreira de Souza, Minas Geráis
Dr. Mirza Maria Morira Ramalho Gomez, Brasília DF
Dr. Rosangela da Silva Fontana, Rio de Janeiro
Dr. Sylvio Fco. Mendes Truppel, Paraná
Dr. Telma Regia Bezerra Sales de Queiróz, Ceará
Dr. Ubirajara Imbiriba Salgado, Amazonas

IV. BACKGROUND

The CDC, Division of Reproductive Health has provided technical assistance to Brazil since 1977 in the area of reproductive health surveys. In collaboration with Brazilian Health Institutions, CDC has conducted ten State-wide family planning, maternal and child health surveys, five young adult reproductive health surveys and two vasectomy attitudes and knowledge surveys.

The MOH supported the request for CDC's assistance in clinic management analysis and PFA for integrated health centers that provide outpatient STDs/AIDS care. This is the first

time clinic management and PFA assistance have been provided to a developing country for STDs/AIDS clinic activities to improve service systems of outpatient care.

PFA, developed in the early 1970's by the Division of Reproductive Health at CDC, is a computer program which documents interactions between patients and personnel in clinic-based services. Two types of output are produced: a graphic representation of the clinic session which is easy to understand and a statistical report with a summary and six detailed tables. Since 1987, the PFA software has undergone further developments to render it more user-friendly and functional in personal computers. The CDC advisor installed the new PFA version at the MOH with the goal of improving their institutional capacity in clinic management analysis and TQM.

V. CLINIC MANAGEMENT TRAINING WORKSHOP

The CDC consultant conducted a five-day training workshop for 14 health officials involved in STDs/AIDS clinic management activities from the central MOH in Brasília and twelve States and Municipal programs. Topics covered in this workshop included the service-oriented management "Service Triangle" framework, basic principles of TQM, PFA data collection, and logistics for implementing PFA studies. As part of the training workshop, one PFA study was implemented to train the participants in data collection and processing, production of outputs and analysis, preparation of a preliminary report, and present findings to the clinic managers and staff in an open discussion.

TQM was described as a process of ensuring "customer satisfaction" through the involvement of all employees (from the higher management levels on down) learning how to optimally manage a clinic and deliver quality services. In this case, the customer could be external, such as a patient visiting a clinic, or internal, such as a staff of the clinic. Emphasis was given to five basic TQM principles:

- coordinated team work,
- patient-oriented focus,
- patient-oriented service systems,
- short-term and long-term action plans and continuing quality management, and
- informed decisions based on facts and data.

Trainees learned how to install the PFA software on a computer, and how to navigate through the system menus and data entry screens. For this activity the MOH provided four

computers. In addition, all participants received copies of the software.

As part of the clinic management and PFA training analysis, preparations were made to conduct one PFA study at Health Center 11. The group of trainees and the CDC consultant met with the clinic staff prior to the study. The clinic staff were briefed on PFA and the expectations for accurate data collection on June 18, 1993. Three days later, on June 21, 1993, the study was conducted. After the study, the data was input into the four computers to allow participation and computer practice of all trainees.

During the PFA study, direct observations and several informal exit interviews with patients were conducted by the trainees during the study. All trainees were interested in learning factors which contributed to client satisfaction with the service delivery.

Trainees felt it was necessary to examine the relationship between client satisfaction and characteristics of service delivery systems. The exit interviews with patients reveled program-specific information which complemented the PFA outputs and direct observations. These information was useful to the center administrators and their staff for mutual identification of issues and recommendations, and for making informed decisions on ways to improve program effectiveness, efficiency, and quality of service delivery as perceived by clients.

The PFA outputs, statistics and graphics, were analyzed with all trainees. Trainees learned to spot patient flow and staff performance problems easily identified in the PFA flowgram. Problems identified included bottlenecks during early hours, improper sequencing of patients trough the clinic stations (increasing the waiting time of those patients that came first), inefficient scheduling of patients, and late arrival of key medical staff. After analyzing and interpreting the statistical tables, we discussed the observations made during the study and the responses collected during the exit interviews. The PFA findings and recommendations were presented in a preliminary report to the clinic staff and reviewed during an open discussion.

After the PFA study data collection and a preliminary analysis were completed, trainees meet with the clinic managers and staff to discuss the report, analyze the patient flowgram and statistics, and discuss potential recommendations for change. The clinic managers of the health center 11, with assistance from the clinic staff agreed to implement mutually identified recommendations.

The PFA outputs allowed program and clinic managers to look at the length of time each patient spent waiting or being served and the amount of time staff spent with patients. Also, PFA was used to identify clinic management issues such as an inadequate or non-existent appointment system, the improper sequencing of clients through the clinic, the lack of timeliness in providing client services, and the excessive waiting time for services. Also, the outputs were useful for identifying clinic management issues that affected patient waiting time and the order in which patients were seen. The problems that appeared were the lack of continuous service of some stations which closed and opened at irregular intervals, improper sequencing of patients and the lack of an efficient appointment system. Patients were served in the order in which the nurse received the medical record, not in order of their arrival at the station.

The trainees and clinic staff also learned that if clinic-based service delivery programs incorporated PFA and TQM, the quality of care and service systems management could be improved by reducing patient waiting time, allocating staff tasks more efficiently, and involving staff members in the management decision-making process. Moreover, delays in initiation of services could be minimized with three-way communication and coordination among nurses, doctors, and administrative staff, and with improved communication between service providers and patients.

The clinic staff were highly receptive to and interested in the PFA study process, major findings and recommendations, and in identifying issues associated with improving service delivery. They actively participated in the discussion by readily identifying areas in need of improvement and possible solutions for immediate short-term implementation. This analytical process was found useful for sensitizing staff to the clinic problems and helping them to understand the dynamics of health care service from a provider-client perspective.

TABLE 1. Selected Statistics from PFA Study	
Patients served	196
Personnel in this clinic	30
Duration of clinic session	5|56 hours
ALL PATIENTS	
Average Time in Clinic	65 min.
Average Time Being Served	16 min.
Maximum Time in Clinic by a patient	276 min.
Minimum Time in Clinic by a patient	8 min.
% of Staff Time available spent serving patients	41 %
STD/AIDS PATIENTS (5 patients)	
Average Time in Clinic	35 min.
Average Time Being Served	17 min.
Maximum Time in Clinic by a patient	84 min.
Minimum Time in Clinic by a patient	5 min.
Proportion of patient time in contact with staff receiving services	47%

As seen in the above table, long waits were incurred by patients. Patients were in the clinic an average of one hour and 5 minutes. One patient was in the clinic for 4 hours and 36 minutes. The average STD/AIDS patient received 35 minutes of service (see appendix B for detailed statistical outputs).

VII. CONCLUSIONS

The PFA training will enable clinic managers and their staff to periodically conduct and analyze their own PFA studies, identify possible options for improving clinic efficiency, and recommend new approaches to clinic management. After PFA software training and field work was completed, the participants demonstrated through data collection and output analysis their ability to conduct a PFA studies. It is expected that each participant will implement a PFA study upon returning to their respective health centers.

The PFA outputs, direct observations and exit interviews permitted the identification of inefficiencies in the delivery of clinic services. Most of these inefficiencies can be changed with the willingness of both clinic staff and management to make improvements. The trainees and the clinic staff expressed considerable interest in making the clinics more efficient and improving the quality of care.

The TQM approach to solving management issues that deal directly with personnel and service systems was found to be an excellent process of ensuring quality of service through the involvement of all employees learning how to reliably manage a clinic and deliver quality services. It is likely that the documentation of existing problems through the PFA process will help clinic staff and management alike to improve the total quality management process and service delivery over time.

VIII. FUTURE ACTIVITIES

All trainees will repeat a PFA study in their respective health centers and the MOH's STDs/AIDS program coordinators plan to expand this activity to 300 clinics throughout the country. CDC advisors recommended that MOH staff receive training in PFA simulation, once the staff have gained considerable experience with PFA.

The PFA simulation software is a "what if" program that allows the manipulation of PFA data. This program will reproduce many possible simulated changes within a clinic based on input variables such as number and type of clinic staff, services offered, and operating hours of the clinic. With the PFA simulation program, data from an actual clinic can be altered to show the effects of proposed operational changes. The data can be altered repeatedly until an optimal design for the clinic is achieved. This design can then be implemented. The PFA simulation is an excellent tool to aid integrated health centers with both short-term and long-term program planning.

APPENDIX A: National Program of STDs/AIDS Project Paper

APPENDIX B: PFA Statistical Output

PATIENT FLOW ANALYSIS

DATA SET NAME: DF141101

JUN 21, 1993 - 07:00 A.M. - 12:00 P.M.

CLINIC CHARACTERISTICS:
(1) URBANO
(2) COMERCIAL
(3) FHDF
(4) INTEGRAL
(5) DST
(6) PRE/PED/CLI

Comments:
ESTUDO PFA DF CSB11

INTRODUCTION

0 APPOINTMENTS WERE MADE (SEE TABLE 1)
0 PERCENT OF APPOINTMENTS WERE KEPT
196 PATIENTS WERE SERVED (SEE TABLE 3)
1 PATIENTS REGISTERED BUT RECEIVED NO SERVICES
30 PERSONNEL WORKED IN THIS CLINIC (SEE TABLE4, ITEM 2)
5:56 WAS THE DURATION OF THIS CLINIC - FIRST TO LAST PATIENT (HOURS:MINUTES)

PATIENT ORIENTED DATA

25 PERCENT OF THE AVERAGE PATIENT'S TIME IN THE CLINIC WAS SPENT IN CONTACT WITH CLINIC PERSONNEL (SEE TABLE 2)
16 MINUTES WERE SPENT BY THE AVERAGE PATIENT IN CONTACT WITH CLINIC PERSONNEL (SEE TABLE 2)
65 MINUTES WERE SPENT BY THE AVERAGE PATIENT IN THE CLINIC (SEE TABLE 2)

PERSONNEL ORIENTED DATA

41 PERCENT OF PERSONNEL TIME AVAILABLE WAS SPENT SERVING PATIENTS (SEE TABLE 4, ITEM 6)
15 MINUTES OF PERSONNEL TIME WERE SPENT WITH THE AVERAGE PATIENT (SEE TABLE 4, ITEMS 4 AND 7)
36 MINUTES OF PERSONNEL TIME WERE AVAILABLE PER PATIENT SERVED (SEE TABLE 4, ITEMS 2 AND 7)

COST DATA

2.58 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PED.0-1 (SEE TABLE 3)
1.52 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PED.1-4 (SEE TABLE 3)
2.54 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PEDIATRIA (SEE TABLE 3)
7.23 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PRE-NATAL (SEE TABLE 3)
2.21 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PREV.CA/UT. (SEE TABLE 3)
.78 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PLA.FAM (SEE TABLE 3)
1.81 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE GINECOLOGIA (SEE TABLE 3)
1.75 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE DST (SEE TABLE 3)
1.65 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE HOMEOPATIA (SEE TABLE 3)
1.35 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE CLIM. MEDICA (SEE TABLE 3)
2.46 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE ENFERMEIRO (SEE TABLE 3)
7.88 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE PSICOLOGIA (SEE TABLE 3)
.54 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE COLETA/EXAME (SEE TABLE 3)
.41 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE FARMACIA (SEE TABLE 3)
.50 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE VACINA (SEE TABLE 3)
5.07 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE ODONTOLOGIA (SEE TABLE 3)
.52 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE INFORMACAO (SEE TABLE 3)
.54 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE MARC.CONS. (SEE TABLE 3)
.46 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE MARC.EXAM. (SEE TABLE 3)
.42 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE NAO ATEND. (SEE TABLE 3)
.78 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE CUR/INJECAO (SEE TABLE 3)
3.37 WAS THE AVERAGE PERSONNEL COST FOR VISIT TYPE NUTRICAO (SEE TABLE 3)
.00 WAS THE PERSONNEL COST TO BUDGET CODE A
.00 WAS THE PERSONNEL COST TO BUDGET CODE B
.00 WAS THE PERSONNEL COST TO BUDGET CODE C
.00 WAS THE PERSONNEL COST TO BUDGET CODE D
.00 WAS THE PERSONNEL COST TO BUDGET CODE E
551.61 WAS THE TOTAL PERSONNEL COST FOR THIS CLINIC
.00 WAS THE TOTAL TRAVEL COST FOR THIS CLINIC

TABLE 1 ---------- PATIENT TIME OF ARRIVAL IN THE CLINIC RELATIVE TO APPOINTMENT TIME (MINUTES)

	EARLY > 45	EARLY 16-45	ON TIME +/- 15	LATE 16-45	LATE > 45	PATIENTS WITH APPOINTMENTS
NO. OF PATIENTS	0	0	0	0	0	0
PERCENT OF TOTAL	0%	0%	0%	0%	0%	100 %

TABLE 2

VISIT TYPE	AVERAGE PATIENT TIME IN THE CLINIC (MINUTES) MEAN	RANGE MAX	RANGE MIN	PATIENT TIME RECEIVING SERVICES (MINUTES) MEAN	RANGE MAX	RANGE MIN	PROPORTION OF PATIENT TIME IN CONTACT WITH STAFF RECEIVING SERVICES
A-PED.0-1	134	187	59	24	29	11	18 %
B-PED.1-4	100	150	15	12	19	5	12 %
C-PEDIATRIA	104	142	67	22	29	16	21 %
D-PRE-NATAL	114	172	68	39	109	11	34 %
E-PREV.CA/UT.	98	104	91	24	37	11	25 %
F-PLA.FAM	145	145	145	7	7	7	5 %
G-GINECOLOGIA	95	166	13	16	42	3	17 %
J-DST	35	84	5	17	37	5	47 %
K-HOMEOPATIA	76	125	41	47	88	1	61 %
L-CLIM. MEDICA	58	152	4	11	36	1	19 %
M-ENFERMEIRO	48	160	3	17	103	1	35 %
N-PSICOLOGIA	67	75	59	56	61	51	84 %
P-COLETA/EXAME	30	77	2	7	50	1	22 %
Q-FARMACIA	8	17	3	2	3	1	22 %
R-VACINA	3	15	5	5	7	2	53 %
S-ODONTOLOGIA	120	167	10	52	107	5	43 %
U-INFORMACAO	26	66	4	4	11	1	16 %
V-MARC.CONS.	31	68	5	4	13	1	14 %
W-MARC.EXAM.	15	28	8	5	8	3	36 %
X-NAO ATEND.	5	8	2	3	5	1	60 %
Y-CUR/INJECAO	26	73	5	9	20	2	35 %
Z-NUTRICAO	189	276	53	35	70	8	18 %

TABLE 3 ---------- NUMBER OF PATIENTS / COST PER PATIENT SERVED BY VISIT TYPE AND SUBCLASSIFICATION

VISIT TYPE	A MASC.1 NO/COST	B MASC.R NO/COST	C FEM.1 NO/COST	D FEM.R NO/COST	E MASC. NO/COST	F FEM. NO/COST	G G NO/COST	ALL NO/COST	PTS. BY VIS. TP	WITH APPT BY VIS TP
PED.0-1	3/ 2.96	1/ 2.32	1/ 3.01	1/ 1.25	0/ .00	0/ .00	0/ .00	6/ 2.58	3 %	0
PED.1-4	0/ .00	0/ .00	2/ 2.01	1/ .54	0/ .00	0/ .00	0/ .00	3/ 1.52	2 %	0
PEDIATRIA	2/ 2.66	1/ 3.37	3/ 2.17	0/ .00	0/ .00	0/ .00	0/ .00	6/ 2.54	3 %	0
PRE-NATAL	0/ .00	0/ .00	2/ 2.99	7/ 8.44	0/ .00	0/ .00	0/ .00	9/ 7.23	5 %	0
PREV.CA/UT.	0/ .00	0/ .00	0/ .00	2/ 2.21	0/ .00	0/ .00	0/ .00	2/ 2.21	1 %	0
PLA.FAM	0/ .00	0/ .00	0/ .00	1/ .78	0/ .00	0/ .00	0/ .00	1/ .78	1 %	0
GINECOLOGIA	0/ .00	0/ .00	7/ 2.64	20/ 1.52	0/ .00	0/ .00	0/ .00	27/ 1.81	14 %	0
DST	1/ 1.02	2/ 3.00	0/ .00	1/ 1.18	1/ .55	0/ .00	0/ .00	5/ 1.75	3 %	0
HOMEOPATIA	0/ .00	1/ .32	0/ .00	2/ 2.32	0/ .00	0/ .00	0/ .00	3/ 1.65	2 %	0
CLIM. MEDICA	6/ 1.47	0/ .00	9/ 1.37	1/ .48	0/ .00	0/ .00	0/ .00	16/ 1.35	8 %	0
ENFERMEIRO	9/ 1.50	7/ .96	2/ .33	8/ 3.63	2/ 1.88	1/ 17.62	0/ .00	29/ 2.46	15 %	0
PSICOLOGIA	0/ .00	0/ .00	0/ .00	3/ 7.88	0/ .00	0/ .00	0/ .00	3/ 7.88	2 %	0
COLETA/EXAME	0/ .00	6/ .46	0/ .00	13/ .57	0/ .00	0/ .00	0/ .00	19/ .54	10 %	0
FARMACIA	3/ .34	1/ .65	0/ .00	2/ .39	0/ .00	0/ .00	0/ .00	6/ .41	3 %	0
VACINA	1/ .51	3/ .50	0/ .00	4/ .50	0/ .00	0/ .00	0/ .00	8/ .50	4 %	0
ODONTOLOGIA	0/ .00	0/ .00	2/ .67	2/ 9.47	0/ .00	0/ .00	0/ .00	4/ 5.07	2 %	0
INFORMACAO	2/ .34	1/ .81	3/ .58	2/ .62	0/ .00	3/ .43	0/ .00	11/ .52	6 %	0
MARC.CONS.	2/ .40	2/ .78	6/ .53	6/ .51	0/ .00	0/ .00	0/ .00	16/ .54	8 %	0
MARC.EXAM.	0/ .00	0/ .00	2/ .36	1/ .66	0/ .00	0/ .00	0/ .00	3/ .46	2 %	0
NAO ATEND.	0/ .00	0/ .00	1/ .29	1/ .55	0/ .00	0/ .00	0/ .00	2/ .42	1 %	0
CUR/INJECAO	1/ 1.21	2/ .45	1/ .40	2/ 1.09	0/ .00	0/ .00	0/ .00	6/ .78	3 %	0
NUTRICAO	3/ 4.20	1/ 1.23	3/ 3.39	4/ 3.27	0/ .00	0/ .00	0/ .00	11/ 3.37	6 %	0
TOTAL PATIENTS	33	28	44	84	3	4	0	196	----	0
PERCENT BY SUBCLASS	17 %	14 %	22 %	43 %	2 %	2 %	0 %	100 %	100 %	---

14

TABLE 4 ---- PERSONNEL STATISTICS BY TASK

	TASK															
	A MEDI	B ENFE	C ODON	D PSIC	E A/SO	H AXEN	I THDE	L AGSO	M LABO	N VACI	O FARM	P INFO	R PORT	S ADST	T NUTR	TOTAL
1. NO. OF PERSONNEL WHO WORKED	6	2	1	1	1	6	2	1	1	1	1	3	1	2	1	30
2. PERSONNEL MINUTES AVAILABLE	1217	476	184	247	245	1498	541	126	225	255	203	843	194	509	253	7016
3. PERCENT OF TOTAL PERSONNEL MINUTES AVAILABLE	17 %	7 %	3 %	4 %	3 %	21 %	8 %	2 %	3 %	4 %	3 %	12 %	3 %	7 %	4 %	100%
4. PERSONNEL MINUTES IN PATIENT CONTACT	661	105	73	159	106	587	210	48	105	68	21	161	34	316	231	2885
5. PERCENT OF TOTAL TIME IN PATIENT CONTACT	23 %	4 %	3 %	6 %	4 %	20 %	7 %	2 %	4 %	2 %	1 %	6 %	1 %	11 %	8 %	100%
6. PERCENT OF AVAILABLE TIME IN PAT. CONTACT (#4/#2)	54 %	22 %	40 %	64 %	43 %	39 %	39 %	38 %	47 %	27 %	10 %	19 %	18 %	62 %	91 %	41%
7. NO. OF PATIENTS SERVED	59	6	3	3	5	120	5	5	28	13	22	56	34	34	10	196
8. AVERAGE WAITING TIME PRECEDING THIS STATION	41	5	49	2	26	25	25	0	13	4	17	24	3	19	91	49

TABLE 5 --- TIME AND COST PER PATIENT SERVED BY TASK AND VISIT TYPE

TASK	VISIT TYPE	PAT. SERVICE MINUTES TOTAL	PAT. SERVICE MINUTES MEAN	NO. OF PAT. SERVED AT STATION	COST TOTAL	COST MEAN PER PATIENT
A MEDICO	A-PED.0-1	69	12	6	9.69	1.62
	B-PED.1-4	22	11	2	3.09	1.55
	C-PEDIATRIA	74	12	6	10.40	1.73
	D-PRE-NATAL	51	10	5	9.85	1.97
	E-PREV.CA/UT	40	20	2	3.30	1.65
	F-PLA.FAM	5	5	1	.39	.39
	G-GINECOLOGI	215	10	22	26.58	1.21
	J-DST	4	4	1	.63	.63
	K-HOMEOPATIA	89	45	2	1.30	.65
	L-CLIN. MEDI	78	13	6	12.33	2.05
	M-ENFERMEIRO	5	3	2	.79	.40
	Q-FARMACIA	2	2	1	.32	.32
	U-INFORMACAO	2	2	1	.32	.32
	V-MARC.CONS.	4	4	1	.77	.77
	Y-CUR/INJECA	4	4	1	.44	.44
	TOTAL	664	11	59	80.20	1.36
	DIST COST				.00	.00
B ENFERMEIRO	D-PRE-NATAL	195	65	3	21.92	7.31
	M-ENFERMEIRO	163	82	2	18.32	9.16
	Z-NUTRICAO	1	1	1	.11	.11
	TOTAL	359	60	6	40.35	6.72
	DIST COST				48.47	.25
C ODONTOLOGO	S-ODONTOLOGI	73	24	3	12.34	4.11
	TOTAL	73	24	3	12.34	4.11
	DIST COST				.00	.00
D PSICOLOGP	N-PSICOLOGIA	159	53	3	22.34	7.45
	TOTAL	159	53	3	22.34	7.45
	DIST COST				.00	.00
E A/SOCIAL	D-PRE-NATAL	197	66	3	22.14	7.38
	M-ENFERMEIRO	164	82	2	18.43	9.22
	TOTAL	361	72	5	40.57	8.11
	DIST COST				.00	.00

TABLE 5 --- TIME AND COST PER PATIENT SERVED BY TASK AND VISIT TYPE

TASK	VISIT TYPE	PAT. SERVICE MINUTES TOTAL	PAT. SERVICE MINUTES MEAN	NO. OF PAT. SERVED AT STATION	COST TOTAL	COST MEAN PER PATIENT
H AXENFERMAGEM	A-PED.0-1	51	9	6	2.61	.43
	B-PED.1-4	11	4	3	.59	.20
	C-PEDIATRIA	36	6	6	1.87	.31
	D-PRE-NATAL	138	15	9	7.13	.79
	E-PREV.CA/UT	9	5	2	.51	.26
	F-PLA.FAM	1	1	1	.06	.06
	G-GINECOLOGI	142	5	26	7.72	.30
	J-DST	20	10	2	1.13	.56
	K-HOMEOPATIA	50	17	3	2.82	.94
	L-CLIM. MEDI	42	3	15	2.37	.16
	M-ENFERMEIRO	58	4	14	3.31	.24
	N-PSICOLOGIA	7	2	3	.40	.13
	P-COLETA/EXA	53	9	6	2.97	.49
	Q-FARMACIA	2	2	1	.11	.11
	U-INFORMACAO	17	4	4	.97	.24
	V-MARC.CONS.	14	3	5	.79	.16
	W-MARC.EXAM.	5	5	1	.30	.30
	Y-CUR/INJECA	4	2	2	.23	.11
	Z-NUTRICAO	144	13	11	7.89	.72
	TOTAL	804	7	120	43.77	.36
	DIST COST				.00	.00
I TEDENTAL	D-PRE-NATAL	5	5	1	.10	.10
	S-ODONTOLOGI	205	51	4	6.90	1.73
	TOTAL	210	42	5	7.00	1.40
	DIST COST				.00	.00
L AGSOCIAL	D-PRE-NATAL	81	27	3	1.49	.50
	M-ENFERMEIRO	69	35	2	1.27	.63
	TOTAL	150	30	5	2.76	.55
	DIST COST				.00	.00
M LABORATORIO	A-PED.0-1	3	3	1	.08	.08
	C-PEDIATRIA	5	3	2	.13	.06
	G-GINECOLOGI	5	5	1	.13	.13
	L-CLIM. MEDI	23	6	4	.58	.15
	P-COLETA/EXA	59	3	17	1.49	.09
	W-MARC.EXAM.	11	4	3	.28	.09
	TOTAL	106	4	28	2.68	.10
	DIST COST				3.01	.02
N VACINA	C-PEDIATRIA	4	4	1	.20	.20
	D-PRE-NATAL	1	1	1	.05	.05
	P-COLETA/EXA	2	2	1	.10	.10
	R-VACINA	38	5	8	1.92	.24
	Y-CUR/INJECA	25	13	2	1.26	.63
	TOTAL	70	5	13	3.54	.27
	DIST COST				.00	.00

TABLE 5 --- TIME AND COST PER PATIENT SERVED BY TASK AND VISIT TYPE

TASK	VISIT TYPE	PAT. SERVICE MINUTES TOTAL	PAT. SERVICE MINUTES MEAN	NO. OF PAT. SERVED AT STATION	COST TOTAL	COST MEAN PER PATIENT
O FARMACIA	A-PED.0-1	3	1	3	.21	.07
	B-PED.1-4	1	1	1	.07	.07
	C-PEDIATRIA	4	1	4	.28	.07
	E-PREV.CA/UT	1	1	1	.07	.07
	F-PLA.FAM	1	1	1	.07	.07
	G-GINECOLOGI	2	1	2	.14	.07
	L-CLIM. MEDI	1	1	1	.07	.07
	Q-FARMACIA	6	1	6	.42	.07
	U-INFORMACAO	1	1	1	.07	.07
	Y-CUR/INJECA	1	1	1	.07	.07
	Z-NUTRICAO	1	1	1	.07	.07
	TOTAL	22	1	22	1.53	.07
	DIST COST				.00	.00
P INFORMATICA	A-PED.0-1	17	4	4	1.27	.32
	B-PED.1-4	2	2	1	.04	.04
	C-PEDIATRIA	8	3	3	.59	.20
	D-PRE-NATAL	2	2	1	.04	.04
	G-GINECOLOGI	84	8	11	6.77	.62
	L-CLIM. MEDI	28	3	10	1.92	.19
	M-ENFERMEIRO	11	2	5	.82	.16
	P-COLETA/EXA	7	2	3	.58	.19
	U-INFORMACAO	8	2	5	.59	.12
	V-MARC.CONS.	42	4	11	2.62	.24
	Z-NUTRICAO	4	2	2	.17	.08
	TOTAL	213	4	56	15.40	.27
	DIST COST				.00	.00
R PORTARIA	A-PED.0-1	2	1	2	.05	.03
	D-PRE-NATAL	1	1	1	.03	.03
	E-PREV.CA/UT	1	1	1	.03	.03
	G-GINECOLOGI	1	1	1	.03	.03
	J-DST	2	1	2	.05	.03
	K-HOMEOPATIA	2	2	1	.05	.05
	L-CLIM. MEDI	6	1	5	.15	.03
	M-ENFERMEIRO	2	1	2	.05	.03
	P-COLETA/EXA	2	1	2	.05	.03
	Q-FARMACIA	1	1	1	.03	.03
	U-INFORMACAO	4	1	4	.10	.03
	V-MARC.CONS.	8	1	6	.20	.03
	W-MARC.EXAM.	1	1	1	.03	.03
	X-NAO ATEND.	1	1	1	.03	.03
	Y-CUR/INJECA	3	1	3	.08	.03
	Z-NUTRICAO	1	1	1	.03	.03
	TOTAL	38	1	34	.96	.03
	DIST COST				.00	.00
S ADST	C-PEDIATRIA	3	3	1	.19	.19
	G-GINECOLOGI	9	3	3	.55	.18
	J-DST	95	24	4	5.64	1.41
	M-ENFERMEIRO	352	20	18	20.79	1.15
	N-PSICOLOGIA	2	2	1	.12	.12
	P-COLETA/EXA	1	1	1	.06	.06
	U-INFORMACAO	14	7	2	.81	.41
	V-MARC.CONS.	1	1	1	.06	.06
	X-NAO ATEND.	5	5	1	.29	.29
	Y-CUR/INJECA	17	9	2	1.05	.53
	TOTAL	499	15	34	29.55	.87
	DIST COST				.00	.00
T NUTRICION	Z-NUTRICAO	231	23	10	25.96	2.60
	TOTAL	231	23	10	25.96	2.60
	DIST COST				.00	.00

TABLE 5 --- TIME AND COST PER PATIENT SERVED BY TASK AND VISIT TYPE

TASK	VISIT TYPE	PAT. SERVICE MINUTES TOTAL	PAT. SERVICE MINUTES MEAN	NO. OF PAT. SERVED AT STATION	COST TOTAL	COST MEAN PER PATIENT
ALL	A-PED.0-1	145	24	6	13.90	2.32
	B-PED.1-4	36	12	3	3.79	1.26
	C-PEDIATRIA	134	22	6	13.65	2.28
	D-PRE-NATAL	671	75	9	62.74	6.97
	E-PREV.CA/UT	51	26	2	3.91	1.95
	F-PLA.FAM	7	7	1	.52	.52
	G-GINECOLOGI	458	17	27	41.92	1.55
	J-DST	121	24	5	7.45	1.49
	K-HOMEOPATIA	141	47	3	4.18	1.39
	L-CLIM. MEDI	178	11	16	17.42	1.09
	M-ENFERMEIRO	824	28	29	63.78	2.20
	N-PSICOLOGIA	168	56	3	22.85	7.62
	P-COLETA/EXA	124	7	19	5.24	.28
	Q-FARMACIA	11	2	6	.87	.15
	R-VACINA	38	5	8	1.92	.24
	S-ODONTOLOGI	278	70	4	19.25	4.81
	U-INFORMACAO	46	4	11	2.86	.26
	V-MARC.CONS.	69	4	16	4.45	.28
	W-MARC.EXAM.	17	6	3	.60	.20
	X-NAO ATEND.	6	3	2	.31	.16
	Y-CUR/INJECA	54	9	6	3.12	.52
	Z-NUTRICAO	382	35	11	34.22	3.11
	TOTAL	3959	20	196	328.96	1.68
	DIST COST				51.48	.26

TABLE 6 ------ INDIVIDUAL PERSONNEL DATA

PERSONAL ID CODE	OFFICIAL DESIGNATION CODE	TASK ASSIGNED CODE	COST RATE - $/MIN.	NO. OF PATIENTS SEEN	TIME WITH PATIENTS (MINUTES) MEAN	MAX	MIN	TOTAL	TOTAL TIME IN CLINIC (MINUTES)	PERCENT OF TIME WITH PATIENTS
A	A	A	.158	11	8	24	2	89	200	45 %
B	S	H	.059	38	4	19	1	159	286	56 %
C	S	H	.056	19	3	7	1	51	230	22 %
D	H	H	.048	22	4	21	1	85	280	30 %
E	H	N	.051	13	5	20	1	66	255	27 %
F	A	A	.140	14	12	17	5	165	203	81 %
G	O	O	.070	22	1	1	1	21	203	10 %
H	H	S	.058	27	7	68	1	183	272	67 %
I	A	A	.079	9	12	35	2	107	193	55 %
J	A	A	.110	12	8	20	4	95	212	45 %
K	S	H	.056	13	4	8	1	49	212	23 %
L	P	P	.018	14	2	5	1	29	280	10 %
M	E	E	.112	5	21	92	13	106	245	43 %
N	P	P	.065	3	4	5	2	11	281	4 %
O	A	A	.193	11	11	20	4	116	214	54 %
P	B	B	.112	6	18	91	1	105	246	43 %
Q	L	L	.018	5	10	35	13	48	126	38 %
R	S	H	.042	8	9	17	1	75	225	33 %
S	D	D	.140	3	53	60	45	159	247	64 %
T	R	R	.025	34	1	3	1	34	194	18 %
U	H	H	.056	60	3	55	1	168	265	63 %
V	M	M	.025	28	4	11	1	105	225	47 %
W	I	I	.035	2	92	**	77	184	266	69 %
X	P	P	.082	39	3	37	1	121	282	43 %
Y	C	C	.169	3	24	37	3	73	184	40 %
Z	B	B	.211	0	0	0	0	0	230	0 %
a	A	A	.015	2	45	49	40	89	195	46 %
b	I	I	.020	4	7	11	5	26	275	9 %
c	H	S	.062	13	10	68	1	133	237	56 %
d	T	T	.112	10	23	51	6	231	253	91 %
AVERAGE			.079							

DOCUMENTO REFERENCIAL

UNIDADE DE ASSISTÊNCIA / DST

PNC-DST/AIDS

Elaborado por:

DR. Helvécio Bueno

DR. Fábio de Barros Correia Gomes

1993

ÍNDICE

	Página
I - INTRODUÇÃO	04
II - OBSTÁCULOS AO CONTROLE DAS DST	07
III - PROPOSTA DE AÇÃO	10
III - 1. ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE DAS DST	10
III - 2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	10
IV - OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	14
V - ATIVIDADES DO PROJETO	15
VI - ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES	18
VI - 1. IMPLEMENTACÃO DOS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO DE DST/HIV	18
1) CADASTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM PACIENTES COM DST NO PAIS	18
2) SELEÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO DE DST/HIV	19
3) SELEÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA NACIONAL	25
4) CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DOS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO	27
5) COMPRA DE EQUIPAMENTOS E REAGENTES DE LABORATÓRIO PARA OS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO	30
6) ATIVIDADES DE CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS	31
7) MELHORIA DA CAPACIDADE GERENCIAL NOS 300 CENTROS PARA REDUZIR O TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE	33
VI - 2. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS	35
VI - 3. PRODUCÃO DE MATERIAL TÉCNICO	37
VI - 4. ENVOLVIMENTO DAS FARMÁCIAS NO CONTROLE DAS DST	38
VI - 5. ELIMINACÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA	39
VII - SISTEMÁTICA DE SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO	41
VIII - CUSTOS	47

IX - CÓDIGO DE ÉTICA 54

X - BENEFÍCIOS E RISCOS 55

XI - BIBLIOGRAFIA 56

XII - ANEXOS 57

I - INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis, estão entre os mais comuns problemas de saúde do mundo. Nos países do terceiro mundo, estão entre as cinco principais causas de procura aos serviços de saúde (WHO - Study Group - 1990).

Deve-se destacar, que as DST atingem a faixa mais ativa da população e em idade de reprodução, causando considerável prejuízo econômico, além do acometimento de gestantes, com a possível infecção do concepto, podendo levá-lo à morte (e.g. sífilis congênita) ou a quadros patológicos graves e irreversíveis (e.g. oftalmia gonocócica). Posteriormente, os tratamentos inadequados ou insuficientes podem causar várias complicações, tanto no homem como na mulher, inclusive esterilidade. Finalmente, cabe ressaltar o papel já estabelecido das DST (destacando-se as úlceras genitais) como fator de risco na transmissão do HIV e agravamento dos casos de AIDS (e.g. rápida progressão para neurosífilis).

No Brasil, a exata dimensão do problema causado pelas DST é ainda desconhecida. Estima-se que atualmente, ocorram 3.500.000 casos de DST por ano (ver TABELA 1), incluindo 130.000 casos de sífilis congênita, uma doença de prevenção disponível, a baixo custo. Alguns trabalhos mostram que a grande maioria dos casos de DST são atendidos em farmácias (cerca de 70% em algumas regiões), o que poderia ser explicado pela carência de serviços públicos organizados, de profissionais de saúde preparados e demora no atendimento.

Para a compreensão do contexto atual das DST no país, citaremos a seguir fatos ou atividades importantes, ocorridos nos últimos anos.

Em 1978, foi aprovada portaria que normatiza o diagnóstico, tratamento e controle das DST, além de determinar que as unidades sanitárias informem os casos atendidos. Em 1986, além da criação da Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, tornou-se compulsória a notificação da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida - AIDS e da Sífilis Congênita.

Nos anos de 1986 a 1989, vários manuais técnicos foram produzidos, orientando quanto à prevenção, diagnóstico, tratamento e aspectos gerenciais.

Em 1989, foram editados os dois únicos números do "Boletim Epidemiológico de DST", com divulgação da tabela contendo 124.448 casos de DST, faltando informação de apenas cinco estados.

Durante os anos de 1990 e 1991 nenhuma atividade específica relativa às DST foi desenvolvida, com exceção da AIDS, resultando em deficiências, principalmente no que se refere à Vigilância Epidemiológica (os poucos dados enviados ao M.S., não chegaram

22

sequer a ser tabulados), treinamento de profissionais, atualização terapêutica, diagnóstica e laboratorial, controle de medicamentos e enfoque pela comunicação social.

23

TABELA 1

ESTIMATIVA DE CASOS DE DST
BRASIL - 1992

DOENÇA	INCIDÊNCIA /100.000 Hab.	NÚMERO DE CASOS
Sífilis Adquirida	213.3	311.748
Sífilis Congênita *	91.3	133.450
Gonorréia	588.3	860.265
Oft. Gonocócica (RN)	0.9	1.315
U.N.G.	179.1	261.762
Cancro Mole	24.3	35.516
Linf. Venéreo	6.4	9.354
Donovanose *	6.4	9.354
Condiloma Acuminado	67.6	98.801
Herpes Genital	58.6	85.612
Vulvovaginites *	1177.2	1,719.837
TOTAL	**2413.4**	**3.527.014**

Fonte: PNDST/AIDS (Incidência casos notificados DF/1984)
(*) Valores atribuídos

II. OBSTÁCULOS AO CONTROLE DAS DST NO BRASIL

O Brasil apresenta elevada proporção da população em grupos etários de maior atividade sexual, a qual se concentra em grandes centros urbanos. Além destas características demográficas, outras carências sócio-econômicas (pobreza, educação, assistência a saúde) e o desconhecimento dos padrões de comportamento, crenças e atitudes sexuais sugerem a necessidade de grande esforço para controlar as DST no país.

O primeiro grande obstáculo é a já mencionada carência de dados sobre a magnitude das DST no país. A TABELA 2 apresenta dados que sugerem elevada subnotificação da DST.

Outros obstáculos ainda estruturais são: a falta de pessoal treinado, de apoio laboratorial e de recursos financeiros para aquisição de medicamentos e insumos necessários, além da facilidade com que antibióticos são adquiridos em farmácias, sem prescrição médica, para o tratamento das DST. Tais obstáculos fazem com que os pacientes homens recorram à auto-medicação nas farmácias, e as mulheres, como são geralmente assintomáticas, fiquem sem diagnóstico e tratamento.

Mesmo onde existem recursos disponíveis, a longa espera para consultas, a demora nos resultados laboratoriais e a baixa qualidade dos serviços prestados, contribuem para que os tratamentos não sejam oportunos e para a não detecção de muitos casos de DST.

Os casos de DST em pacientes que podem arcar com o alto custo da assistência particular, dificilmente são notificados ou tratados de acordo com as normas oficiais, e raramente têm seus contatos sexuais investigados.

Além dos obstáculos sociais e estruturais mencionados anteriormente, também se observam fatores biológicos (comuns às várias regiões do mundo), como: ausência de cura para importantes causas virais de DST (*Herpex simplex*, virus do papiloma humano, vírus da hepatite B, e HIV), ocorrência de longos períodos de incubação em indivíduos capazes de infectar parceiros, e a tendência de agentes bacterianos desenvolverem cepas resistentes a tratamentos convencionais (e de mais baixo custo), como é o caso de *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase (PPNG).

Estudos realizados em países desenvolvidos mostram que a *Neisseria gonorrhoeae* também apresenta níveis de crescimento rápido de resistência a uma variedade de outros agentes antimicrobianos. O *Haemophilus ducrevi* tem desenvolvido resistência a um grande número de antibióticos. Há informações sobre *Trichomonas vaginalis* resistentes ao Metronidazol. Apesar da disponibilidade de novos medicamentos (e.g. cefalosporinas de terceira geração) para tratar cepas resistentes, seu alto custo limita o uso em muitas regiões,

25

pela carência de recursos financeiros, além do que não dispomos de informações sobre trabalhos realizados a nível nacional que demonstrem resistências aos tratamentos preconizados.

TABELA 2

Casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo ano de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e Macro-região) - Brasil. 1987-1992*

UF/Macro-região	Ano de Diagnóstico						TOTAL
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	
Brasil	**66157**	**119951**	**50346**	**28908**	**40458**	**25003**	**330823**
Norte	**5300**	**24338**	**3588**	**2200**	**1054**	**136**	**36616**
Rondônia	...	...	...	...	...	...	...
Acre	111	122	85	114	139	21	592
Amazonas	19	1159	3182	1576	915	...	6851
Roraima	...	15999	...	229	...	...	16228
Pará	5170	6746	...	...	...	...	11916
Amapá	...	312	119	...	...	...	431
Tocantins	...	...	202	281	...	115	598
Nordeste	**11040**	**18647**	**19790**	**6211**	**7781**	**799**	**64268**
Maranhão	...	...	3424	...	149	...	3573
Piauí	...	...	...	...	...	...	...
Ceará	2231	4793	2534	...	1175	639	11372
Rio Grande do Norte	2379	2255	1333	...	430	...	6397
Paraíba	750	1333	1054	1080	861	64	5142
Pernambuco	...	940	...	...	...	...	940
Alagoas	1209	2464	188	...	...	...	3861
Sergipe	760	1480	1115	...	...	96	3451
Bahia	3711	5382	10142	5131	5166	...	29532
Centro-Oeste	**12626**	**12161**	**8454**	**3304**	**6483**	...	**43028**
Mato Grosso do Sul	1468	2050	2044	...	...	...	5562
Mato Grosso	2388	2055	...	...	...	...	4443
Goiás	1378	2296	845	467	...	...	4986
Distrito Federal	7392	5760	5565	2837	6483	...	28037
Sudeste	**1027**	**9168**	**1358**	**158**	...	**45**	**11756**
Minas Gerais	...	558	...	...	...	...	558
Espírito Santo	1027	2973	782	...	...	45	4827
Rio de Janeiro	...	4242	...	...	...	...	4242
São Paulo	...	1395	576	158	...	...	2129
Sul	**36164**	**55637**	**17156**	**17035**	**25140**	**24023**	**175155**
Paraná	...	28295	17156	17035	25140	24023	111649
Santa Catarina	4609	5263	...	...	...	...	9872
Rio Grande do Sul	31555	22079	...	...	...	...	53634

* Dados sujeitos à revisão

III - PROPOSTA DE AÇÃO

Os pontos fundamentais de atuação para controlar as DST são: interromper a cadeia de transmissão e prevenir a ocorrência de novos casos das doenças. Tais pontos podem ser alcançados recomendando-se: (a) evitar contato sexual com pessoas que tenham comportamento de risco; (b) uso de preservativos e/ou outras barreiras profiláticas; (c) uso de métodos eficientes e efetivos de diagnóstico; e (d) prover tratamento efetivo gratuitamente, o mais breve possível, do paciente sintomático, assintomático e seus parceiros.

III.1 - Estratégias para o controle das DST

As principais estratégias para melhor implementar estas recomendações são:

I- Direcionamento de intervenções para pessoas com comportamento de alto risco para aquisição de DST;

II- Orientação para educar sobre as DST, produzindo mudanças positivas de atitudes e comportamentos e orientando para evitar riscos, usar preservativos e informar seus parceiros;

III- Detecção de casos, incentivando o uso de testes de laboratório em pacientes sintomáticos ou não, e até mesmo em pacientes que não procuram diretamente um serviço de DST, mas procuram voluntariamente o serviço de saúde, para uma outra finalidade;

IV- Tratamento eficiente capaz de curar mais que uma das DST sem toxidade ou efeitos colaterais, que seja fácil de ser administrado e recebido, além de estar disponível a baixo custo;

V- Manejo dos parceiros sexuais para informar, tratar e aconselhar sobre sua provável exposição à infecção; e

VI- Serviços clínicos fornecidos por unidade de saúde (priorizando-se o nível primário de atendimento), com pessoal treinado, serviços de laboratório, um sistema de informações e medicação apropriada disponível, onde sejam implementadas as estratégias mencionadas.

III.2 - Operacionalização das estratégias

Levando em consideração o deficiente quadro atual da assistência a saúde no país, considera-se fundamental para viabilizar as estratégias mencionadas anteriormente, a implementação de centros de atendimento para DST/HIV, capazes de executar, eficientemente, serviços de laboratório, aconselhamento, tratamento e vigilância epidemiológica. Baseado nestas atividades, considera-se o centro de atendimento a base operacional do projeto, o instrumento através

28

do qual o projeto desenvolverá as atividades que o possibilitarão atingir seus objetivos.

Cada centro de atendimento deverá contar com suporte laboratorial básico no local, pelo que, se compreende, a capacidade de realizar bacterioscopia (exame a fresco e coloração GRAM) e VDRL (ou RPR). Outros exames laboratoriais (ver lista completa contida no verso da ficha de notificação das DST, no ANEXO 1) tais como culturas e demais exames sorológicos devem ser disponíveis no local ou em laboratório de referência Estadual ou Regional.

O número de centros de atendimento a serem implementados (300 centros), não será suficiente para oferecer a cobertura desejável a toda população do país. Entretanto, expandirá consideravelmente a capacidade do serviço público em atender e tratar os casos de DST, uma vez que tais centros serão estrategicamente selecionados de acordo com critérios descritos a seguir. Além disto, os centros servirão de exemplo e motivação para Estados e Municípios. O que se espera, a longo prazo, é a implementação do projeto em todas as unidades de saúde do país.

Visando à otimização dos recursos disponíveis, o projeto não construirá nenhum centro de atendimento, mas irá se utilizar das unidades já existentes nos Estados e Municípios.
Para tal, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde deverão celebrar um acordo de cooperação técnica, no qual o Ministério se comprometerá a fornecer treinamento, equipamentos específicos e sua manutenção e os medicamentos por três anos, enquanto que as Secretarias se comprometerão a fornecer centros de atendimento com suas equipes de saúde, de acordo com critérios pré-estabelecidos, e manter os equipamentos, bem como todo o programa após o término do projeto.

Outros pontos fundamentais que serão abordados para se obter o controle das DST são:

a) garantia de disponibilidade de medicamentos essenciais ao tratamento das DST (de acordo com as normas do M.S.) nas unidades públicas do país;

b) capacitação de recursos humanos no tratamento e outras medidas de prevenção das DST;

c) produção de materiais técnicos para normatizar condutas na área das DST, inclusive a utilização da **abordagem sindrômica** das DST;

d) integração das atividades de assistência as DST com as de assistência a HIV/AIDS, de prevenção e vigilância epidemiológica (das DST em geral, e da sífilis congênita, em particular);

e) envolvimento das farmácias, na tentativa de reduzir a venda de medicamentos sem prescrição, e aumentar a referência de pacientes

29

com sintomas de DST das farmácias para centros de saúde capacitados a resolver o problema;

f) atuação integrada com a Coordenação de Saúde Materno Infantil, a fim de atingir a meta do Ministério da Saúde de eliminar a sífilis congênita até o ano 2000.

A FIGURA 1 representa esquematicamente a proposta de ação para o controle das DST.

FIGURA 1. PROPOSTA DE ACAO

CONTROLE DAS DST

Recomendacoes:
a. evitar contato sexual com pessoas com comportamento de risco
b. Uso de preservativos
c. usar metodos de diagnostico efetivos
d. prover tratamento oportuno e gratuito

ESTRATEGIAS PARA O CONTROLE DAS DST

Direcionar atividades para pessoas com comportamento de risco para DST

Orientar sobre medidas preventivas: usar preservativos, informar parceiros, evitar riscos

Detectar casos por busca ativa, screening

Tratar com eficiencia, rapidez, baixo custo

Atencao aos parceiros sexuais do paciente

Fornecer os servicos em unidades de saude equipadas e com pessoal treinado

OPERACIONALIZACAO DAS ESTRATEGIAS

Implementacao de 300 centros de atendimento de DST/HIV, com capacidade laboratorial minima

Garantir disponibilidade de medicamentos para DST

Capacitacao de recursos humanos

Producao de materials tecnicos

Integracao das atividades de assistencia com as de prevencao e vigilancia

Envolvimento das farmacias no controle das DST

Atuacao com a COSMI para a eliminacao da sifilis congenita

IV - OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

IV.1 - Objetivos gerais

Os objetivos gerais do projeto demonstram o grau de controle das DST que se pretende atingir para os próximos anos; e são os seguintes:

a) reduzir em 20%, a incidência das DST (particularmente da sífilis adquirida, gonorréia e cancro mole) até o final de 1995; e

b) eliminar a sífilis congênita até o ano 2000.

IV.2 - Objetivos específicos

Estes objetivos foram propostos de acordo com os pontos mencionados para a operacionalização das estratégias de controle das DST no país; e são os seguintes:

a) implementar atividades de controle e prevenção das DST em 300 centros de atendimento de DST/HIV, em todo o país, até o final de 1995 (100 centros a cada ano);

b) garantir a disponibilidade de medicamentos recomendados pelo M.S., para o tratamento das DST nos 300 centros de atendimento de DST/HIV, e nas demais unidades públicas do país, até o final de 1995;

c) produzir materiais técnicos necessários a divulgação de normas e atividades relacionadas ao controle das DST e eliminação da sífilis congênita, até o final de 1993;

d) implantar sistema de referenciamento de pacientes com queixas de DST a partir de farmácias, nas áreas de abrangência direta dos 300 centros de atendimento, até o final de 1995;

e) implementar a realização de rotina do VDRL (ou RPR) nos locais de parto de todo o país, para detecção, e consequente tratamento e notificação dos casos de sífilis congênita, até o final de 1995.

V - ATIVIDADES DO PROJETO

Descreve-se abaixo, as atividades necessárias à execução dos respectivos objetivos específicos.

V.1 - Atividades do objetivo: "implementar atividades de controle e prevenção das DST em 300 centros de atendimento de DST/HIV, em todo o país, até o final de 1995 (100 centros a cada ano)"

- Cadastrar os serviços de saúde que atendem pacientes com DST no país até o final de 1993;

- Selecionar 300 centros de atendimento de DST/HIV, até o final de 1995, sendo: 216 primários, 64 secundários ou terciários e 20 de referência nacional;

- Capacitar 5.620 profissionais de saúde (dos 300 centros de atendimento de DST/HIV); em atividades diagnósticas, terapêuticas, preventivas, de vigilância epidemiológica, e administrativas, relacionadas a DST, até o final de 1995;

- Comprar, distribuir: aparelhos de televisão e vídeo cassetes com fitas de conteúdo didático, além de computadores e impressoras com disquetes e formulários;

- Implementar atividades de convocação de parceiros nos centros de atendimento até o final de 1995;

- Implementar o uso do software "Análise do fluxo de pacientes" nos centros de atendimento, até o final de 1995.

33

V.2 - Atividades do objetivo: "garantir a disponibilidade de medicamentos recomendados pelo M.S., para o tratamento das DST nos 300 centros de atendimento de DST/HIV, e nas demais unidades públicas do país, até o final de 1995"

- Através da CEME, comprar e distribuir: os medicamentos básicos para o atendimento aos casos de DST;
- Controlar a distribuição e consumo e utilização do material distribuído, semestralmente, a partir de 8/93, através de instrumentos específicos.

V.3 - Atividades do objetivo: "produzir materiais técnicos necessários a divulgação de normas e atividades relacionadas ao controle das DST e eliminação da sífilis congênita, até o final de 1993"

- Produzir, publicar e distribuir até o final de 1993, material com os seguintes temas: "Bases técnicas para a eliminação da sífilis congênita", "Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis", "Projeto de envolvimento das farmácias no programa de controle das DST ", "Convocação de parceiros", "Adesão ao tratamento", "Uso do preservativo", "Aconselhamento para testes para detectar anticorpo anti-HIV".

V.4 - Atividades do objetivo: "implantar sistema de referenciamento de pacientes com queixas de DST a partir de farmácias, nas áreas de abrangência direta dos 300 centros de atendimento, até o final de 1995"

- Realizar 2 estudos piloto do sistema de referência das DST das farmácias para os centros de atendimento locais, até novembro de 1993.

- Analisar resultado dos estudos e propor modificações cabíveis até dezembro de 1993.

- Implementar o sistema nos demais centros de atendimento até o final de 1995.

V.5 - Atividades do objetivo: "implementar a realização de rotina do VDRL (ou RPR) nos locais de parto de todo o país, para detecção, e consequente tratamento e notificação dos casos de sífilis congênita, até o final de 1995"

- Comprar e distribuir o VDRL (ou RPR).

- Controlar a distribuição e utilização do material

34

distribuído, semestralmente, a partir de 8/93 a 12/95, através de instrumentos específicos.

- Cadastrar locais de parto.

- Capacitar profissionais dos locais de parto através de maternidades de referência.

- Integração com Coordenação de Saúde Materno-Infantil / COSMI, Centro Nacional de Epidemiologia / CENEPI (incluindo programa de tétano neonatal), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia / FEBRASGO, Sociedade Brasileira de Pediatria / SBP, União Brasileira Contra as DST / UNIÃO, universidades, grupos de parteiras, e outras instituições relacionadas com a eliminação da sífilis congênita.

35

VI - ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

Neste tópico serão descritas as estratégias para implementação das atividades mencionadas anteriormente, agrupadas de acordo com o objetivo específico.

VI - 1. IMPLEMENTAÇÃO DOS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO DE DST/HIV

1) CADASTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM PACIENTES COM DST NO PAIS

O cadastramento dos serviços de saúde que atendem pacientes com DST no país é fundamental para o planejamento das atividades do setor, comunicação direta de normatizações e/ou atividades, e auxilio na seleção dos centros de atendimento de DST/HIV. O cadastramento será realizado através de um questionário (ANEXO 2) a ser respondido pelo responsável pela unidade de atendimento. Os questionários chegarão às unidades através das Coordenações Estaduais de DST/AIDS, ou diretamente, através do PNC-DST/AIDS. O processo será iniciado em 1993, esperando-se que 500 unidades respondam até o final do ano. Provavelmente, as unidades que realizem atividades regulares de atenção a pacientes com DST tenderão a compor a maioria dos respondentes, porém é desejável que as outras unidades (principalmente no nível primário de atenção) sejam cadastradas a médio e longo prazo.

Os dados do cadastro comporão um banco de dados informatizado, que será analisado, com os resultados divulgados ao final de cada ano, através do Boletim de DST.

2) SELEÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO DE DST/HIV

De 1993 até o final de 1995, deverão ser selecionados 300 centros de atendimento de DST/HIV (100 a cada ano), sendo: 216 primários, 64 secundários ou terciários (serviços de referência regional ou estadual) e 20 de referência nacional.

Os centros de atendimento de DST/HIV devem ser encarados como modelos de atendimento que deverão, assim que possível, e com as adaptações necessárias à realidade de cada local, ser adotados por todas as unidades de saúde.

Uma orientação básica é de que os **centros não sejam encarados como clínicas especializadas em DST**, muito pelo contrário, o que se pretende é que uma rotina mínima de atendimento (FIGURA 2) a pacientes com DST seja integrada nos serviços já existentes, evitando a discriminação dos pacientes, e aumentando a captação e tratamento dos casos de DST. No nível primário, **o atendimento do paciente de DST deve estar integrado ao trabalho da equipe local** ou seja, os adultos do sexo masculino seriam atendidos pelo clínico, os do sexo feminino pelo ginecologista, e os casos em crianças pelo pediatra, exceto nos serviços que só disponham de médico generalista. No nível secundário ou terciário também não se deve ter ambulatórios específicos para DST. Na referência, estes pacientes serão atendidos por dermatologista, infectologista, urologista ou ginecologista.

Os centros deverão ser capazes de: oferecer triagem realizada por profissional de saúde (de modo confidencial), encaminhar o caso o mais rapidamente possível (evitando longas esperas), e na maioria dos casos, resolver o caso de DST, por ocasião da primeira visita. Para alcançar este nível de eficiência, no atual quadro do sistema de saúde do país, recomenda-se a utilização de **abordagem sindrômica** (cujos fluxogramas são apresentados nas FIGURAS 2.A, 2.B, 2.C, e descritos em detalhe no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - M.S., 1993). O objetivo da **abordagem sindrômica** é, em uma única consulta, prover ao paciente: avaliação, terapêutica e aconselhamento adequados. Não há impedimento para que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não dependerá de demoradas realizações e/ou interpretações destes exames. Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável quando utilizada a **abordagem sindrômica** das DST. Ao contrário, tem seu papel aumentado em centros de maior complexidade, que deverão servir como referência, e locais de formação de conhecimento e de recursos humanos.

Como mencionado no tópico da operacionalização das estratégias, os centros de atendimento devem ser capazes de realizar VDRL (ou RPR) e bacterioscopia (exame a fresco e coloração GRAM) a nível local. A disponibilidade destes exames (bem como sua ausência) foi considerada nas condutas apresentadas pelos algoritmos propostos para a execução da **abordagem sindrômica**.

FIGURA 2

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM DST NOS CENTROS DE SAÚDE

SALA DE TRIAGEM
- IDENTIFICAR O PACIENTE
- IDENTIFICAR O PROBLEMA
- PREENCHER FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO (PA)
- ENCAMINHAR PACIENTE PARA SALA DE ESPERA
- LEVAR FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO PARA O CONSULTÓRIO
- MANTER CONFIDENCIALIDADE

LOCAL DE ESPERA
ATIVIDADE EDUCATIVA (VÍDEO)

CONSULTÓRIO
- ANAMNESE
- EXAME FÍSICO
- COLETA DE MATERIAL
- SOLICITAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAS
- PRESCRIÇÃO DO TRATAMENTO
- ADESÃO AO TRATAMENTO
- CONVOCAÇÃO DOS PARCEIROS
- USO DE PRESERVATIVOS
- ACONSELHAMENTO PARA O TESTE ANTI-HIV
- NOTIFICAÇÃO DO CASO

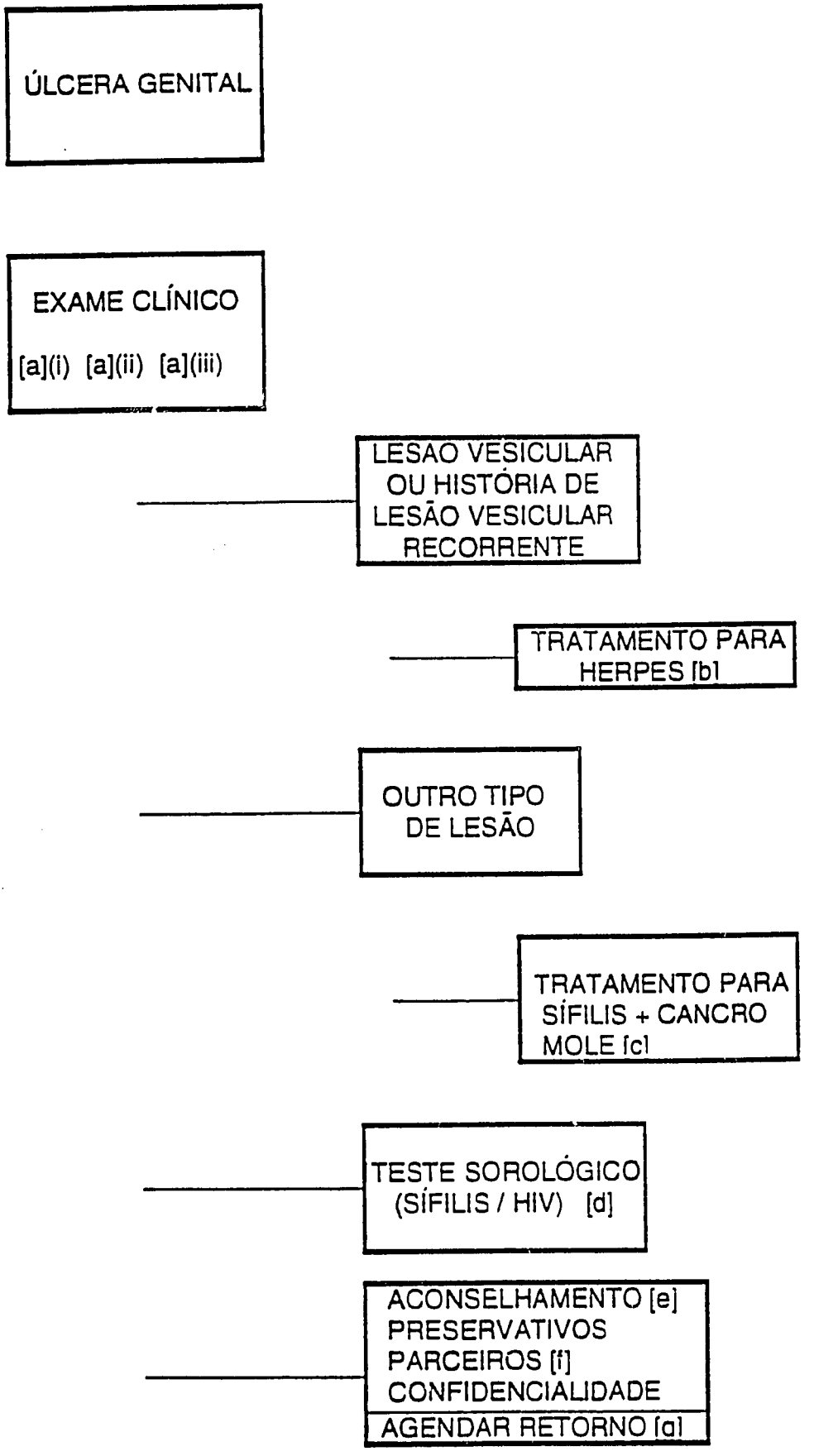
CONSULTA DE ENFERMAGEM:
- COLETAR MATERIAL PARA EXAMES (VDRL)
- APLICAR TRATAMENTO
- ENTREGAR MEDICAMENTOS
- ADESÃO AO TRATAMENTO
- DISTRIBUIR PRESERVATIVOS
- CHECAR CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS
- AGENDAR RETORNO
- CHECAR NOTIFICAÇÃO DO CASO

CONSULTA SUBSEQUENTE CONFORME FLUXOGRAMA ESPECIFICO

Obs. - NÃO DEVERÁ HAVER SALA ESPECIFICA NEM HORARIO ESPECIAL PARA DST.
- OS CASOS DE DST EM MULHERES SERÃO ATENDIDOS PELO GINECOLOGISTA, EM HOMENS PELO CLINICO E EM CRIANÇAS PELO PEDIATRA.

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE ÚLCERA GENITAL

FIGURA 2A



FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE CORRIMENTO URETRAL

FIGURA 2B

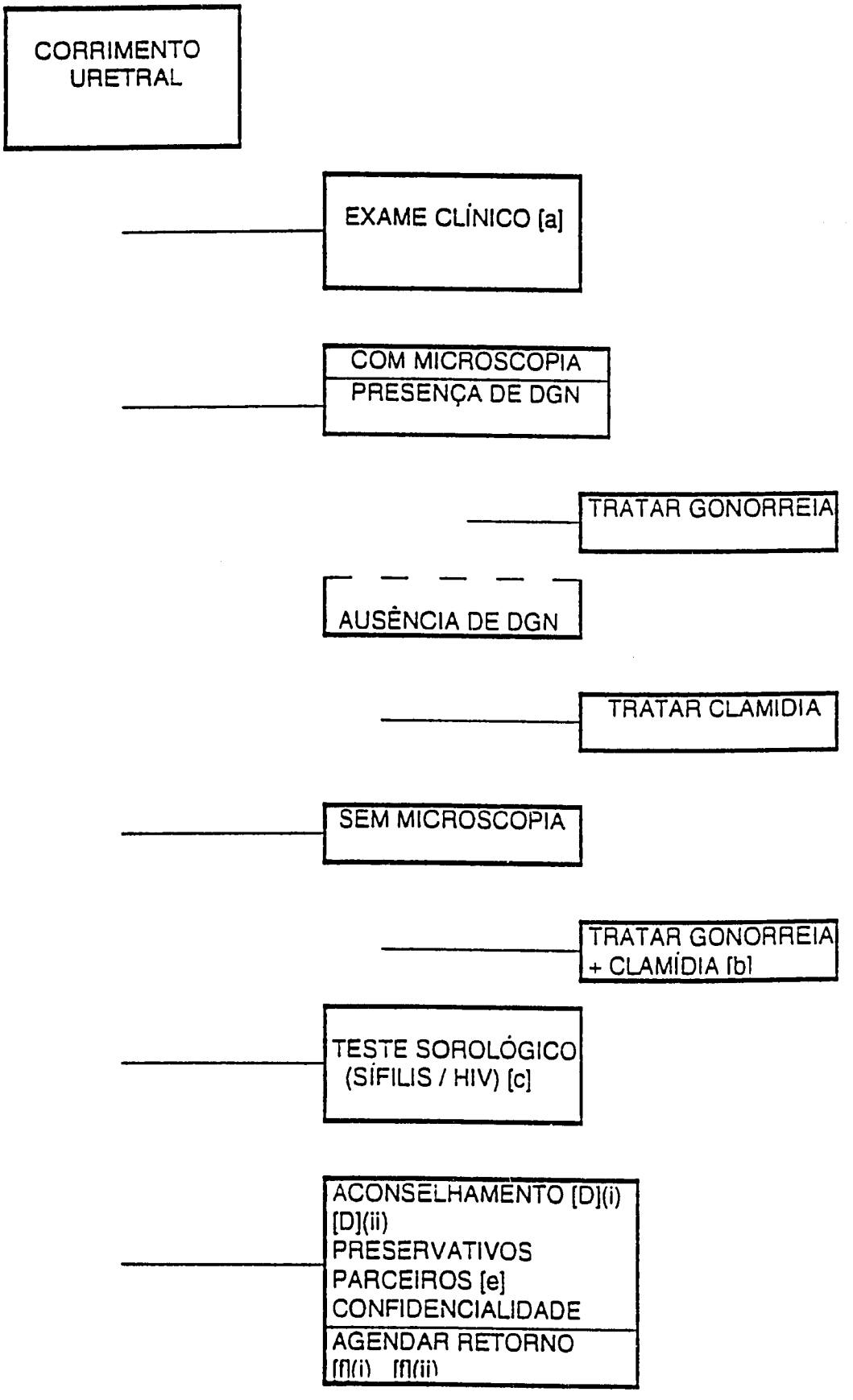
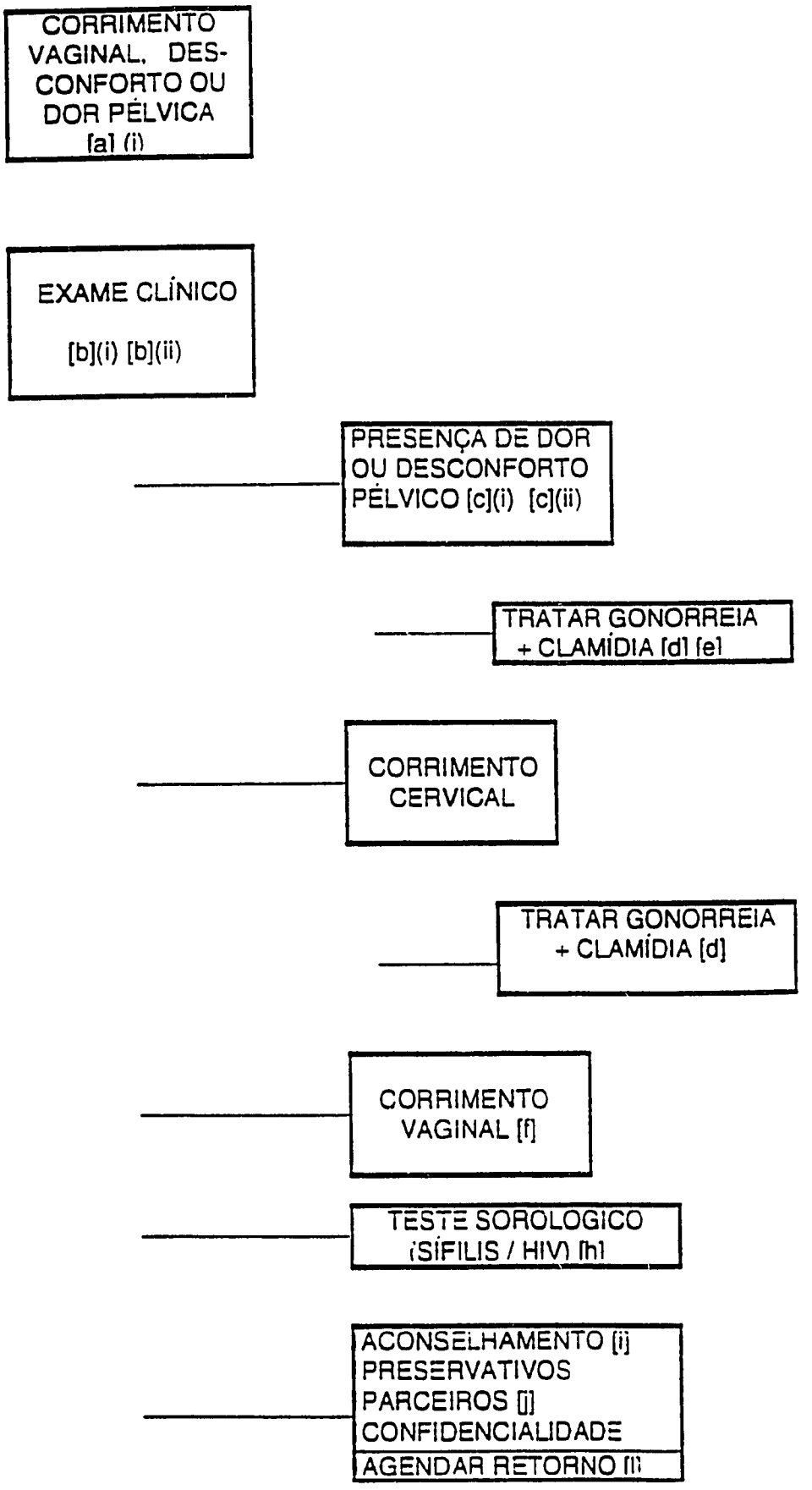


FIGURA 2C

FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE CASOS DE CORRIMENTO VAGINAL, DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA



Seria aconselhável ainda, no sentido de facilitar o acesso e melhor utilizar a infra-estrutura disponível, a implementação do 3º turno de atendimento nos centros de atendimento de DST/HIV, a fim de possibilitar principalmente o atendimento às pessoas que cumprem um rígido horário de trabalho.

A seleção dos centros é importante e a estratégia para sua implementação está em permitir aos orgãos Estaduais e Municipais a indicação de seus centros primários, secundários ou terciários, seguindo os critérios pré-estabelecidos pela Coordenação Nacional de Controle de DST/AIDS, que são descritos a seguir:

A) Inserção na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

É indispensável que o centro de saúde esteja inserido na estrutura do SUS, para garantir que os benefícios do projeto atinjam a população carente do país.

B) Quantidade Por Unidade Federativa:

A distribuição dos Centros segundo as Unidades Federativas, foi baseada na população, incidência, localização e condições econômicas de cada Estado. Esta quantidade pode ser aumentada ou diminuida, se planejado pela Unidade Federativa. De acordo com as prioridades a nível local, a limitação deste aumento está no montante de recursos disponíveis para o componente.

Centros Primários

REG.NORTE		REGIÃO NE		REGIÃO CO		REGIÃO SE		REGIÃO SUL	
AC-	2	BA-	20	GO-	5	SP-	10	PR-	7
RO-	5	PE-	15	MS-	4	RJ-	20	RS-	7
RR-	2	CE-	10	MT-	4	MG-	25	SC-	5
AM-	10	MA-	8	DF-	4	ES-	8		----
TO-	3	SE-	6		----		----		19
PA-	10	AL-	6		17		63		
AP-	2	PB-	6						
	----	RN-	6						
	34	PI-	6						

			83						

Centros Secundários ou terciários (referência estadual ou regional)

REG.NORTE		REGIÃO NE		REGIÃO CO		REGIÃO SE		REGIÃO SUL	
AC-	1	BA-	5	GO-	3	SP-	2	PR-	2
RO-	2	PE-	4	MS-	1	RJ-	5	RS-	2
RR-	1	CE-	3	MT-	1	MG-	6	SC-	2
AM-	3	MA-	2	DF-	2	ES-	2		----
TO-	2	SE-	1		----		----		6
PA-	3	AL-	2		7		15		
AP-	1	PB-	2						
	----	RN-	2						
	13	PI-	2						

			23						

C) Localização, Abrangência e Incidência:

Os centros de atendimento de DST/HIV devem estar localizados em áreas urbanas periféricas das capitais e pólos regionais, sendo que para a escolha destes, serão levados em consideração os locais onde houver maior incidência de DST/HIV e aonde existir um maior número de habitantes. Um fator que deve ser levado em consideração,

43

é a **facilidade de acesso** ao centro, principalmente para **pessoas com comportamento de alto risco para aquisição de DST**, o que permitirá o direcionamento de intervenções preventivas para as mesmas.

Num primeiro momento, os centros de atendimento deverão ser capazes de suportar o aumento da demanda de pacientes com DST provenientes de regiões vizinhas.

D) Serviços Médicos:

Os serviços, aqui exigidos, são o mínimo necessário para que um Centro de Atendimento primário, secundário ou terciário possa cumprir seu papel, quanto ao atendimento aos casos de DST, triagem e acompanhamento de portadores assintomáticos de HIV.

Considera-se "primário", o centro capaz de prestar os serviços tidos como básicos para a atenção à saúde em geral, inclusive para DST/HIV, enquanto que o secundário ou terciário são centros que contam com recursos de maior complexidade diagnóstica e terapêutica. A TABELA 3 apresenta atividades relacionadas as DST ou não, que se espera encontrar em centros primários, secundários e terciários.

TABELA 3

Centro Primário	Centro Secundário ou Terciário
Básico	Especialidades
- Clínica Médica *	- Dermatologia
- Ginecologia/Obstetrícia *	- Urologia
- Pediatria *	- Ginecologia
- Atividades Preventivas	- Infectologia
Exames de laboratório	Exames de Laboratório
- Bacterioscopia (exame a fresco e GRAM)	- De maior complexidade (culturas e demais exames sorológicos)
- VDRL (ou RPR)	

* Nos Centros primários as três áreas médicas podem ser substituídas pela área de Clínica Geral.

44

E) Recursos Humanos:

O pessoal mínimo exigido será aqui relacionado em horas semanais, uma vez que o importante não é a quantidade de profissionais, mas as horas trabalhadas no Centro.

- Médicos 120 Horas/semanais;
- Enfermeiros 40 Horas/semanais;
- Aux. de Enfermagem 160 Horas/semanais; e
- Agentes de Saúde 40 Horas/semanais.

Nos Centros primários as horas médicas devem ser distribuídas equitativamente. Enquanto que nos Centros secundário ou terciários a exigência é de no mínimo 20 H/Semanais em qualquer especialidade médica, desde que o total nestas especialidades atinja as 120 H/S.

F) Área física:

Devido às dificuldades existentes em algumas localidades, as exigências mínimas em número de dependências e suas dimensões não seguirão as " Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde" do Ministério da Saúde de 1983, mas deverão seguir o mínimo recomendado abaixo:

Dependência	QTD	Área Unitária
- Sala de Triagem	01	6 m2
- Consultório Médico	03	9 m2
- Consultório de Enfermagem	01	9 m2

G) Compromisso com a execução e manutenção do projeto:

Apenas serão selecionados centros vinculados a instituições (Estados, Municípios, instituições de ensino e filantrópicas) que assinarem acordo técnico com o M.S., se comprometendo a oferecer recursos humanos, instalações físicas, e dar continuidade às atividades durante e após o término do projeto, estando a liberação sequencial de verbas, sujeitas ao cumprimento do acordo.

3) SELEÇÃO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA NACIONAL

Os Centros de Referência Nacional de DST serão credenciados por portaria do Ministro da Saúde, após manisfestação de interesse da instituição mantenedora do Centro e da avaliação quanto ao atendimento aos critérios pré-estabelecidos pela Coordenação Nacional do Programa.

Conceitua-se como Centro de Referência Nacional a unidade de saúde capaz de: (a) oferecer treinamento especializado e de efeito multiplicador; (b) realizar, promover e incentivar pesquisas epidemiológicas, operacionais e clínicas; (c) testar material normativo produzido pelo Programa Nacional de Controle de DST/AIDS; (d) dar apoio técnico-assistencial às coordenações estaduais de controle de DST/AIDS; (e) desenvolver instrumentos de avaliação dos treinamentos realizados; e (f) testar e aperfeiçoar novas metodologias de controle das DST.

São os seguintes, os critérios para credenciamento de Centros de Referência Nacional:

Exigências Gerais

- Estar integrado à rede de serviços do SUS, na qualidade de serviço assistencial de referência, recebendo regularmente pacientes referidos pelos serviços de menor poder resolutivo.

- Dar apoio técnico-assistencial à Coordenação Estadual de Controle de DST/AIDS.

- Ter disponibilidade de oferecer treinamentos.

- Demonstrar capacidade de testar normas, procedimentos e desenvolver pesquisas de natureza clínica, epidemiológica e operacional de interesse do programa.

- Ter notificado casos de DST à Secretaria Estadual de saúde e/ou Ministério da Saúde no último ano, e estar notificando atualmente.

Infra-estrutura

- Existência de infra-estrutura física adequada, com localização do atendimento ao portador de DST inserido na estrutura geral de atenção à demanda do serviço, evitando sua discriminação. Destaca-se a existência de sala de triagem onde o paciente possa referir seu problema tendo a confidencialidade garantida.

- Retaguarda laboratorial disponível no local ou em referência.

- Existência de quadro mínimo de pessoal, com carga horária disponível para a execução das atividades de rotina do serviço e demais atividades previstas como CRN/DST.

47

4) CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DOS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO

- Capacitar 5.620 profissionais de saúde (dos 300 centros de atendimento de DST/HIV); em atividades diagnósticas, terapêuticas, preventivas, de vigilância epidemiológica, e administrativas, relacionadas a DST, até o final de 1995;

Os objetivos das ações de treinamento são: (a) Ampliar o número de profissionais capacitados para o atendimento clínico básico em DST/ HIV, nos níveis primário, secundário e terciário; (b) Capacitar profissionais para atendimento especializado em DST/HIV nos níveis secundário e terciário; (c) Desenvolver a capacidade gerencial dos chefes dos centros de atendimento e (d) Formar multiplicadores.

Espera-se treinar, através da formação de multiplicadores, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde dos centros de atendimento de DST/HIV, em atividades de controle das DST e sífilis congênita. Num total de 5500 profissionais, de 1993 a 1995. As TABELAS 4 e 5 apresentam os currículos para treinamento já disponíveis.

Estes treinamentos, que terão 80 horas e duração de 2 semanas, embora tenham um conteúdo teórico, serão essencialmente práticos, razão pela qual as turmas serão compostas, no máximo, por 10 profissionais.

O número de profissionais a serem treinados por ano, acompanhará o número de centros implementados.

Os Centros de Referência Nacional irão adaptar e ministrar os treinamentos que formarão multiplicadores. Seus profissionais terão acesso a outro tipo de treinamento. O Projeto financiará, em 3 anos, até 42 cursos de atualização, com a duração máxima de 3 meses, que poderão ser tanto no Brasil como no exterior, desde que sejam na área de DST e aprovados pela Coordenação Nacional.

Uma vez que os centros de atendimento receberão microcomputadores para agilizar e integrar suas operações, serão reservados recursos para treinamento de dois agentes administrativos de cada centro, na operação básica do microcomputador (incluindo DOS e editor de texto).

TABELA 4

4. CURRICULUM MÍNIMO PARA PREPARAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS PARA CONTROLE DE DST

[redacted]			
1. Explicar a proposta de controle das DST e eliminação da Sífilis Congênita.	PNC DST; aspectos gerais e específicos, suas atividades e estratégias. Sua inserção no SUS.	1. Exposição com visuais e debate.	1. Teste escrito.
2. Discutir a importância da integração de ações de controle de DST nos serviços gerais de saúde.	2. Integração dos serviços. Anamnese dirigida.	2. Exposição e debate.	2. Teste escrito.
3. Descrever o perfil epidemiológico das DST.	3. Histórico, padrões epidemiológicos, mecanismos de transmissão, fatores de risco e tendências epidemiológicas.	3. Exposição com visuais e debate.	3. Teste escrito.
4. Explicar a etiologia e os mecanismos patogênicos das DST (segundo instrução do manual).	4. DST; patogenia, características clínicas.	4.1. Leitura de texto; 4.2. Estudo dirigido de texto individual ou em grupo; 4.3. Exposição com visuais.	4. Teste escrito.
5. Explicar a interação entre a infecção pelo HIV e outras DST.	5. Dados epidemiológicos sobre a interação da infecção pelo HIV e outras DST.	5. Exposição com visuais.	5. Teste escrito.
6. Explicar as bases técnicas dos testes para diagnóstico das DST	6. Bacterioscopia, cultura e testes sorológicos. Coleta, acondicionamento, conservação e transporte de amostras.	6.1. Exposição; 6.2. Demonstração	6. Teste escrito
7. Interpretar resultados de testes para diagnóstico das DST.	7. VDRL; FTA; A.B.S., bacterioscopia; cultura; fixação de complemento; Elisa.	7.1. Estudo de casos.	7. Teste escrito ou oral (solução de problema).
8. Diagnosticar clínica e laboratorialmente e tratar as DST a partir de uma abordagem sindrômica	8.1. Diagnóstico clínico e laboratorial 8.2. Tratamento; manejo clínico; acompanhamento laboratorial; esquemas terapêuticos de escolha e alternativos em cada caso; evolução e prognóstico.	8.1. Exposições; 8.2. Leitura de textos; 8.3. Estudo de casos; 8.4. Revisão de prontuários; 8.5. Prática supervisionada em ambulatório.	8.1. Teste escrito. 8.2. Solução de problemas. (casos selecionados, prontuários e casos reais)
9. Descrever o Sistema de Vigilância Epidemiológica de casos de DST e notificar casos.	9. Vigilância epidemiológica: conceito, características. Fluxo de informações. Instrumentos: Ficha de investigação e Boletim Epidemiológico. Busca ativa de casos.	9.1. Exposição; 9.2. Exercícios; 9.3. Prática supervisionada.	9. Teste crítico.
10. Adotar precauções universais no manuseio de pacientes e materiais no serviço de saúde.	10. Precauções universais: conceito, procedimentos, equipamentos de proteção individual.	10.1. Exposição; 10.2. Demonstração; 10.3. Estudo de casos; 10.5. Prática supervisionada.	10. Teste crítico. (observação em serviço).
11. Compreender e lidar com os aspectos éticos psicossociais e institucionais relacionados às DST.	11.1. Estigma e discriminação; 11.2. Estudo e apoio social; 11.3. Papel do Serviço Social; 11.4. Legislação pertinente.	11.1. Exposição; 11.2. Estudo de caso; 11.3. Debate em grupo.	11. Teste crítico (observação em serviço).
12. Identificar as ansiedades mais freqüentes associadas a relação profissional de saúde/paciente.	12. Problemática psicológica dos profissionais de saúde e paciente. Valores, crenças, percepções e estudos frente ao sexo, ansiedades, impotência e frustração.	12. Técnicas de dinâmica de grupo	12. Teste crítico.
13. Refletir sobre o manejo destas ansiedades tendo em vista sua condição singular.	13. Problemática psicológica dos profissionais de saúde e paciente. Valores, crenças, percepções e estudos frente ao sexo, ansiedades, impotência e frustração.	13. Técnicas de dinâmica de grupo	13. Teste crítico
14. Fazer aconselhamento para doente de DST.	14. Atividade educativa, como parte da relação do profissional de saúde–paciente. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, adesão ao tratamento, manejo do parceiro sexual, uso do preservativo e manutenção da confidencialidade.	14.1. Exposição/Demonstração. 14.2. Dramatização. 14.3. Prática supervisionada.	14. Teste crítico
15. Atuar preventivamente na comunidade.	15. Estratégias de educação preventiva: formação de multiplicadores. Palestras; projeções de vídeo; assessoramento/consultoria e escola e professores; apoio à Comissão Municipal. Oficina de sexo seguro.	15.1. Exposição. 15.2. Demonstrações. 15.3. Discussão em grupo.	15. Teste crítico.
16. Organizar treinamento para profissionais de saúde	16. Programação de atividades de treinamento. Recrutamento e seleção de treinandos. Recursos e materiais instrucionais.	16. Exercício de programação.	16. Teste crítico

[redacted]

TABELA 5

5) COMPRA DE EQUIPAMENTOS E REAGENTES DE LABORATÓRIO PARA OS 300 CENTROS DE ATENDIMENTO

Para garantir a realização de atividades diagnósticas e preventivas nos centros de atendimento, pretende-se comprar e distribuir para cada centro, a medida em que forem implementados:

- um microcomputador, uma impressora (80 colunas), uma caixa de disquetes (5 1/4) ;

- um aparelho de televisão, um aparelho de vídeo cassete, uma fita de vídeo contendo material didático sobre DST/HIV, para ser instalado na sala (ou hall) de espera dos centros;

- material de consumo laboratorial (incluindo reagentes para realizar VDRL ou RPR) e um microscópio.

A distribuição, consumo e utilização do material distribuído serão controlados semestralmente, a partir de 8/93 até 12/95, através de instrumentos específicos.

5.1- Os testes para detecção do HIV e do vírus da hepatite B serão distribuídos aos laboratórios de referência dos Centros de Referência Nacionais e Estaduais, conforme a situação epidemiológica local.

51

6) ATIVIDADES DE CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

As atividades de convocação de parceiros nos 300 centros de atendimento serão implementadas até o final de 1995, a medida em que estes forem implementados.

É de extrema importância a convocação dos parceiros sexuais para que possam buscar atendimento médico o mais breve possível. É recomendada a discussão dos aspectos da transmissão, possibilidade de ocorrência de casos assintomáticos e complicações graves. A convocação dos parceiros obedecerá aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação. Poderá ser realizada através do uso progressivo dos seguintes métodos: convocação pelo paciente índice, convocação por correspondência (aerograma) e busca ativa por profissional de saúde.

A convocação de parceiros pelo paciente índice, através do uso de cartões de convocação deve ser comum a todos os centros de atendimento (ver modelo do cartão no ANEXO 3). O cartão entregue ao(s) parceiros pelo paciente, deverá ser preenchido pelo profissional que realiza o atendimento, e objetiva formalizar o compromisso do paciente índice com a saúde sexual de seus parceiros e facilitar o atendimento dos que procuram serviços de saúde.

A convocação do parceiro através de aerograma (ver modelo no ANEXO 4) se dará caso o parceiro não compareça após uma semana da emissão do cartão de convocação, ou se o paciente se recusar a entregá-lo.

A busca ativa deve ser realizada prioritariamente nos casos envolvendo DST (sífilis e gonorréia) em gestante ou seu parceiro (quando houver falha dos métodos citados acima). O profissional realizará não apenas a convocação, como também informará e orientará sobre aspectos relacionados à prevenção das DST.

Durante a execução das atividades de busca ativa, o sigilo sobre a identidade do paciente índice deve ser mantido, entretanto, existem exceções importantes. De acordo com o artigo segundo da resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação a pacientes com AIDS, porém será permitida a quebra de sigilo por justa causa (proteção a vida de terceiros, incluindo-se os comunicantes sexuais) quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado.

É importante que se estabeleça comunicação entre as unidades de atendimento a pacientes com DST a cada semana, a fim de se detectar os casos que necessitam do envio do aerograma ou da busca ativa. A existência de um profissional em cada centro de saúde responsável pelo sistema de convocação de parceiros tornaria esta atividade possível.

52

A fim de determinar estratégias viáveis para o controle das DST, deverão ser elaborados protocolos de pesquisa para avaliar a relação custo/benefício de estratégias como o screening para sífilis (em pessoas que não procuraram atendimento médico), busca de casos de sífilis (em pessoas que procuraram atendimento médico por outra causa) e busca ativa de parceiros de pacientes com sífilis. Tais estudos serão executados em dois CRN-DST, até 30/10/95.

O resultado das pesquisas serão divulgados até 30/12/95.

7) MELHORIA DA CAPACIDADE GERENCIAL NOS 300 CENTROS PARA REDUZIR O TEMPO DE ESPERA DO PACIENTE

Será implementado o uso do software "Análise do fluxo de pacientes" (PFA) nos centros de atendimento, até o final de 1995.

PFA é um sistema que documenta a utilização de pessoal e fluxo de paciente em sessões clínicas individuais. Seu uso fornece ao gerente meios de obter dados para documentação estatística e representação gráfica da sessão clínica a um custo mínimo. Estes gráficos e estatísticas são então, usados para: (1) identificar problemas no fluxo de pacientes, (2) determinar necessidades de espaço físico e pessoal, (3) documentar custos com pessoal por paciente atendido, (4) medir a performance de sessões clínicas individuais, (5) projetar novas clínicas, (6) iniciar melhorias nos serviços clínicos e na distribuição de tarefas entre o pessoal, aumentando-se a eficiência geral da clínica, e (7) medir os efeitos de mudanças no modo de funcionamento da clínica.

Esta nova tecnologia pode resultar na melhoria do atendimento, e consequente aumento da captação de pacientes com DST.

Benefícios específicos resultantes do uso de PFA podem incluir redução do tempo de espera (e frustração) dos pacientes, distribuição de carga de trabalho mais justa para o pessoal da clínica, e redução dos custos por paciente atendido na clínica.

Seis formulários são usados para coleta de dados, dos quais somente dois são usados durante a sessão clínica. A coleta de dados é relativamente simples, e não interrompe os trabalhos da clínica a um grau em que o fluxo de pacientes e serviços sejam interrompidos. O processamento dos dados é computadorizado para garantir rápida utilização dos resultados. A própria interpretação dos resultados requer, entretanto, treinamento e experiência.

Dois tipos de resultados são produzidos por PFA. Um é um gráfico da sessão clínica. A parte superior deste gráfico ilustra o tipo, número, e extensão de cada contato que os pacientes fazem durante sua estadia na clínica, e o tempo de espera precedendo cada contato. A parte inferior do gráfico mostra o tempo que cada profissional do serviço ocupa com ou sem pacientes. Além do gráfico, PFA produz seis tabelas e um resumo estatístico. Estas tabelas incluem dados em: (1)tempo de chegada de pacientes em relação a tempo agendado para consulta; (2) Tempo dos pacientes gastos na clínica por tipo de serviço oferecido; (3) Número de pacientes e custo médio com pessoal por atendimento, e por tipo de serviço; (4) utilização de pessoal na clínica por tarefa; (5) tempo e custo com pessoal para cada clínica; (6) tempo, custo, e número de pacientes atendidos para cada pessoa que trabalhou na clínica durante a sessão.

A interpretação dos resultados deve ser feita em conjunto com o pessoal que trabalhou durante a sessão clínica. O gráfico e resultados estatísticos são examinados junto com informação de regulamentos do departamnento de pessoal, tamanho e arranjo físico da clínica, outras atividades realizadas na clínica, habilidades do pessoal, número de pacientes normalmente atendidos durante uma sessão clínica, e outras informações relevantes.

54

Para implementar o uso do software "Análise do fluxo de pacientes" (PFA), serão treinados 2' membros do PNC-DST/AIDS e 13 técnicos ligados à direção de centros de atendimento a DST, até 30/06/93. Em seguida será realizado um mínimo de 2 sessões de PFA em cada um dos centros que recebeu treinamento, até 30/12/93.

Os diretores dos outros centros a serem implementados em 1993, serão treinados até 30/05/94, enquanto que o treinamento dos diretores dos restantes centros de atendimento, será feito através dos centros já treinados, a partir de 01/06/94, até 30/12/95.

Deste modo, se almeja realizar pelo menos uma sessão anual de PFA nos 300 centros de atendimento implementados.

55

VI - 2. DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

Esta atividade é fundamental ao controle das DST, podendo por em risco todo o Projeto se não for bem administrada e monitorada.

As compras poderão ser feitas por licitação internacional, através de organismos internacionais. Isto poupará tempo e dinheiro, uma vez que a agilidade administrativa destes organismos permite um processo de licitação rápido e acesso a custos bem inferiores aos praticados em licitações governamentais, no mercado doméstico.

As compras se realizarão de acordo com o calendário da CEME, e as entregas poderão ser feitas diretamente aos centros de atendimento cadastrados ou aos Coordenadores Estaduais do Programa de DST/AIDS.

O controle será feito através de formulários desenvolvidos para esta finalidade.

A TABELA 6 apresenta um modelo para calcular as necessidades de medicamentos recomendados para tratar as DST, baseadas em estimativas da incidência das DST no Brasil. Medicamentos que não constam da lista da CEME não poderão ser distribuídos.

Estima-se que a logística de distribuição, os mecanismos de controle e reposição estejam definidos até 30/06/93, para que o controle inicie a partir de 01/08/93, e ocorra semestralmente.

TABELA 6

NUMERO TOTAL DE EMBALAGENS DE MEDICAMENTOS NECESSARIOS AO TOTAL DE TRATAMENTOS - PREVISAO SEMESTRAL

				TETRACICLINA (CLORIDRATO)			
MEDICAMENTO:	PEN. G. PROCAINA	PROBENICIDA	SMZ + TMP				
APRESENTACAO:	AMP. 2.4 MILHOES U.I	COMP. 500 MG	COMP. 400 MG + 80 MG	CAPS 250 MG		SUB TOTAL	
INDICACOES:	GONORREIA	GONORREIA	CANCRO MOLE	LINF: VENEREO	IRC		
POSOLOGIA:	1 AMP: IM CADA GLUTEO	2 COMP. VO	2 COMP. V.O 12/12 H	500 MG VO C/6 H	500 MG V/O C/6 H	TETRACICLINA	
DURACAO DO TRATAMENTO:	DOSE UNICA	DOSE UNICA	10 DIAS	21 DIAS	10 DIAS	(CLORIDRATO)	
INCID/100.000 HAB:	80,10	80,10	7,50	12,70	12,70	CAPS 250 MG	
UNIDADES/TRATAMENTO	2	2	40	160	160	500 CAPS	
EMBALAGENS COM:	50 AMP	500 COMP.	500 COMP.	500 CAPS.	500 CAPS.		
					PEN. G. CRISTALINA		TOTAL
	ERITROMICINA						PEN. G. CRISTALINA
MEDICAMENTO:	(ESTERFATO)	METRONIDAZOL	NISTATINA	PEN. G. BENZATINA	AMP. 1 0 MILHAO UI		1.0 MILHAO UI
APRESENTACAO:	DRAGES 250 MG	COMP. 250 MG	CREME VAG. 25.000 UI/G	AMP. 1.2 MILHAO/UI			
INDICACOES:	5% SIFILIS	TRICOMONIASE	CANDIDIASE	SIFILIS	SIFILIS CONGENITA	OFT. GONOCOCICA	
POSOLOGIA:	500 MG V/O C/6 H	250 MG V/O 8/8 H	1 APLICACAO DIARIA	2 AMP/SEMANAS POR 03 SE	50000 (50000U) EV/KG/DIA	50000 (50000U) EV/KG/DIA	
DURACAO DO TRATAMENTO:	POR 30 DIAS	7 DIAS	POR 15 DIAS	MANAS	POR 10 DIAS	POR 03 DIAS	
INCID/100.000 HAB.	...	300,70	250,050	140,2	.	..	
UNIDADES/TRATAMENTO	240	21	03	06	14	03	
EMBALAGENS COM:	500 DRAGEAS	500 COMP.	50 ESTOJOS	50 AMP.	50 AMP	50 AMP	

VI - 3. PRODUÇÃO DE MATERIAL TÉCNICO

Até o final de 1993, serão produzidos, publicados e distribuídos documentos com os seguintes temas: "Bases técnicas para a eliminação da sífilis congênita", "Manual de controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis", "Projeto de envolvimento das farmácias no programa de controle das DST ", "Convocação de parceiros", "Adesão ao tratamento", "Uso do preservativo", "Aconselhamento para testes para detectar anticorpo anti-HIV".

Tais publicações serão produzidas pelo PNC-DST/AIDS com o auxílio de especialistas da área que constituem o comitê técnico assesor das DST e da sífilis congênita, e de instituições diretamente envolvidas nas atividades a que se destina o suporte técnico.

A população alvo destes textos são os profissionais de saúde.

As unidades de saúde que preencherem o questionário de cadastramento receberão estes materiais, preferencialmente, através de mala direta.

58

VI - 4. ENVOLVIMENTO DAS FARMÁCIAS NO CONTROLE DAS DST

O projeto de envolvimento das farmácias no controle das DST que envolverá farmacêuticos, médicos, balconistas e proprietários de farmácia e consumidores de medicamentos do país, é basicamente educacional, e objetiva reduzir a venda de medicação para tratar DST sem prescrição médica e aumentar o referenciamento de pacientes que procuram "tratamento" para DST das farmácias para centros de saúde. O projeto tem apoio declarado dos Conselhos Federais de Farmácia e Medicina. Todas as suas atividades estão descritas no documento: "Projeto de envolvimento das farmácias no programa de controle das DST ". O ANEXO 5 apresenta o cronograma de atividades.

O material educativo será distribuído até o final de 1993, antes porém, 2 estudos piloto serão realizados em municípios selecionados.

Os 300 centros de atendimento participarão ativamente neste projeto, uma vez que deverão se integrar com as farmácias cadastradas em sua área de abrangência, para garantir solução ao problema dos pacientes referidos pelas farmácias.

As atividades do sistema serão avaliadas anualmente, divulgando-se os resultados no Boletim de DST.

VI - 5. ELIMINAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A eliminação da sífilis congênita até o ano 2000 é uma meta estabelecida pelo governo federal. Apesar das dificuldades em alcançá-la, existem as condições técnicas para realizá-la (métodos de diagnóstico e tratamento adequados e de baixo custo). As atividades serão executadas integradamente com a COSMI, CENEPI (incluindo o programa de tétano neonatal) e outras instituições. A participação mais importante deste projeto será a tentativa de implementar a realização de VDRL (ou RPR) nos locais de parto de todo o país, para detecção e consequente tratamento e notificação dos casos de sífilis congênita, até o final de 1995.

Considera-se neste momento, que apesar da cobertura pré-natal no país ser estimada em 70%, a estratégia operacional mais eficaz para detecção da sífilis congênita seja a atuação no período entre o pós-parto imediato.

O documento "Bases técnicas para a eliminação da sífilis congênita" delineia os detalhes da proposta de eliminação.

Uma lista dos locais de parto institucional em todo o país (quase 5000) foi obtida. Questionários para cadastramento (ver ANEXO 6) serão enviados até 15/06/93 e deverão ser devolvidos até 31/08/93. Proceder-se-á, então, a identificação de laboratórios locais ou de referência para a distribuição de kits para VDRL ou RPR.

1) TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DAS MATERNIDADES DE REFERÊNCIA

As atividades de treinamento (que incluirá tópicos de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica da sífilis congênita) serão realizadas através das maternidades de referência da COSMI (quase 80). Tais maternidades treinarão os profissionais dos locais de parto cadastrados em suas áreas de abrangência.

Os treinamentos serão programados até 30/06/93. Os profissionais das maternidades de referência serão treinados até 30/11/93. Em 1994 e 1995, as maternidades de referência treinarão profissionais de todos os locais de parto cadastrados (em condições de participar do projeto, por exemplo, com laboratório de suporte identificado).

2) COMPRA E DISTRIBUIÇÃO DE REAGENTES PARA REALIZAÇÃO DE VDRL (OU RPR)

As compras poderão ser feitas por licitação internacional, através de organismos internacionais.

A distribuição será diretamente aos laboratórios públicos de suporte dos locais de parto cadastrados.

O controle da distribuição e utilização do material distribuído, será realizado semestralmente, á partir de 8/93 a 12/95, através de instrumentos específicos.

VII - SISTEMÁTICA DE SUPERVISÃO E AVALIAÇAO

As Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde que firmarem convênio com o Ministério da Saúde para desenvolver atividades do projeto, serão coordenadas e supervisionadas pelo PNC-DST/AIDS no que se refere à execução destas atividades.

A supervisão das atividades relacionadas às DST serão realizadas pelo serviço de DST, semestralmente, a partir de 01/01/94.

1) AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENDIMENTO

Acompanhamento e avaliação são partes integrantes de qualquer atividade, uma vez que é por seu intermédio que se pode determinar se os esforços estão atingindo os objetivos estabelecidos.

Quanto melhores os dados levantados, melhor será seu acompanhamento e avaliação; quanto mais precisa a informação, mais verdadeiro será o resultado do acompanhamento e avaliação; quanto mais rápido o recebimento da informação, mais rápida poderá ser a resposta.

A precisão das informações será alvo de um treinamento a todos os envolvidos com os pacientes de DST/HIV. Este treinamento abordará o preenchimento de formulários e relatórios e o fluxo de informações e seus objetivos.

Para implantar métodos de acompanhamento e avaliação semestral dos centros de atendimento de DST/HIV deverão ser estabelecidos critérios de avaliação de desempenho dos centros de atendimento até 30/11/93.

Os resultados da avaliação dos centros de atendimento serão divulgados no Boletim de DST.

Uma boa avaliação depende da escolha dos dados que isolados e/ ou combinados possam gerar indicadores de avaliação de processo e de resultados (especificados em anexo), tais como:

a) Capacidade instalada;

b) Utilização;

c) Controle de estoque;

d) Processo;

e) Eficiência; e

f) Incidência.

No entanto, apenas indicadores não são suficientes para acompanhar e avaliar os Centros. Assim sendo, até 30/11/93 se estabelecerá um calendário de visitas aos centros de atendimento (a maioria das visitas realizadas por membros das próprias Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, de forma, que ao final de cada ano, todos os centros em atividade tenham sido visitados pelo menos uma vez.

2)INDICADORES DE AVALIAÇAO

a) Capacidade instalada

Nº de médicos
---------- x 100
Nº de habitantes da área abrangência

Nº de enfermeiros
---------- x 100
Nº de habitantes da área abrangência

Nº de consultórios
---------- x 100
Nº de médicos por turno

Nº de consultórios
---------- x 100
Nº de médicos de enfermeiros por turno

Nº de consultórios
---------- x 100
Nº de habitantes da área abrangência

Nº de Centros de Atendimento
---------- x 100
Nº de habitantes da área abrangência

b) Utilização

Nº de consultas realizadas
---------- x 100
Nº de habitantes da área abrangência

Nº de consultas realizadas
---------- x 100
Nº consultórios disponíveis por turno

c) Controle de estoque

Nº de medicamentos fornecidos, por tipo
---------- x 100
Nº de diagnósticos, por tipo

Nº de tratamentos aplicados, por tipo
---------- x 100
Nº de tratamentos disponíveis, por tipo

d) Eficiência

Nº de consultas médicas realizadas
---------- x 100
Nº de horas médicas disponíveis

Nº de consultas de DST realizadas
---------- x 100
Nº total de consultas realizadas

Nº de tratamentos aplicados
---------- x 100
Nº de casos diagnosticados com DST

Nº de pessoas atendidas
---------- x 100
Nº de pessoas triadas

Nº de confirmações laboratoriais
---------- x 100
Nº de diagnósticos iniciais

Nº de parceiros tratados
---------- x 100
Nº de parceiros atendidos

Nº de parceiros encaminhados pelo paciente
---------- x 100
Nº de parceiros atendidos

Nº de parceiros contactados por correspondência
---------- x 100
Nº de parceiros atendidos

Nº de parceiros contactados por busca ativa
---------- x 100
Nº de parceiros atendidos

f) Incidência

Nº de pessoas portadoras de DST
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas no Centro

Nº de pessoas portadoras de HIV
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas no Centro

Nº de pessoas portadoras de HIV
---------- x 100
Nº de pessoas submetidas ao teste

Nº de pessoas submetidas ao teste
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

Nº de pessoas portadoras de DST por tipo
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

Nº de pessoas portadoras de HIV
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

Nº de pessoas portadores de DST por tipo
---------- x 100
Nº de habitantes da área de abrangência

Nº de pessoas portadores de HIV
---------- x 100
Nº de habitantes da área de abrangência

Nº de pessoas com recidivas
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

Nº de pessoas reinfectadas
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

Nº de pessoas encaminhadas aos Centros de referência
---------- x 100
Nº de pessoas atendidas com DST

16

Nº de consultas de DST

Nº de casos novos atendidos

g) Processo

Nº de pessoas atendidas com DST
---------- x 100
Nº de casos estimados para área

Nº de pacientes referidos atendidos
---------- x 100
Nº de pacientes referidos

VIII - CUSTOS

A TABELA 7 apresenta os custos por atividade do projeto. Abaixo se sumariza tais custos:

SUMÁRIO DOS CUSTOS

CUSTOS DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	US$ 1.00
1. Seleção de 216 Centros primários, 64 secundário/terciário e 20 referência nacionais	x
2. Treinamento de 5.620 profissionais através de 550 cursos e 120 bolsas.....	x.xxx.xxx
3. Compra e distribuição:	
1- Medicamentos.....	xx.xxx.xxx
2- Reagentes laboratoriais.....	
2- Televisão, vídeo cassete e fita com mat. didático.....	xxx.xxx
3- Computadores, impressoras e material de consumo.....	xxx.xxx
4. Acompanhamento e avaliação semestral dos Centros em todas áreas, complementada por 2 visitas/ano com 5 dias de duração....	xxx.xxx
TOTAL	xx.xxx.xxx

CUSTO POR CATEGORIA DE DESPESA

A. CUSTO DE INVESTIMENTO		US$ 1.00
1. Obras		x
2. Veículos	x	
3. Equipamentos e Móveis		
a) Laboratório	x	
b) Informática	xxx.xxx	
c) Audiovisual	xxx.xxx	
d) Escritório		x
4. Assistência Técnica e Consultoria	x	
5. Estudos e Pesquisas	x	
6. Formação		
a) Passagens e diárias	x.xxx.xxx	
b) Honorários profissionais	xxx.xxx	
c) Material didático	xx.xxx	
f) Diversos(bolsas de estudo)	xxx.xxx	
7. Supervisão		
a) Passagens e diárias	xxx.xxx	
Sub-Total		x.xxx.xxx

B. CUSTOS OPERACIONAIS		US$ 1.00
1. Pessoal	x	
2. Material de consumo		
a) Laboratório	xx.xxx.xxx	
b) Escritório		xxx.xxx
3. Manutenção		x
Sub-Total		xx.xxx.xxx
(A+B) CUSTO TOTAL		xxx.xxx.xxx

CUSTO ESTIMADO

US$ xx.xxx.xxx.xx

APLICAÇÃO ESTIMADA

ANO FISCAL	-	1993	1994	1995
US$ 1.00	-	x.xxx.xxx	x.xxx.xxx	x.xxx.xxx

TABELA 7. MATRIZ DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E CUSTOS

OBJETIVO 1- Implementar atividades de controle e prevencao das DST em 300 centros de atendimento de DST/HIV, ate o final de 1995

ATIVIDADE	ELEMENTO	DESDOBRAMENTO	MEMORIA DE CALCULO	TOTAL FISICO	UNIDADE	CUSTO UNID. US$	TOTAL US$
Cadastrar servicos de saude que atendam pacientes com DST no pais	Produzir, imprimir e distribuir questionario para cadastro	Produzir questionario					0
							0
		Imprimir questionario	20.000 questionarios	20000	question.	0.25	5000
							0
		Distribuir questionario	Atraves do MS	20000	question.		0
							0
							0
	Informatizar dados do cadastro						0
							0
							0
							0
							0
Selecionar 300 centros de atendimento de DST/HIV	Selecionar e credenciar 20 CRN-DST	Selecao de candidatos a CRN-DST	10 CANDIDATOS EM 1993 + 10 CANDIDATOS EM 1994				0
							0
							0
		Visita a candidatos a CRN-DST	20 visitas * 1 5 diarias		30 diaria	100 00	3000
			20 visitas * 1 pass. aerea (ida e volta)		20 passagem	500 00	10000
							0
							0
		Selecao e credenciamento dos CRN-DST	10 CRN em 1993				0
			10 CRN em 1994				0
							0
							0
							0
	Selecionar 64 centros de atendimento sec ou terc.	Selecao dentre os centros cadastrados	xx em 1993				0
			xx em 1994				0
			xx em 1995				0
							0
							0
	Selecionar 216 centros de atendimento primario	Selecao dentre os centros cadastrados	xx em 1993				0
			xx em 1994				0
			xx em 1995				0
							0
							0
							0
							0
							0
							0
							0

Capacitar profissionais dos 300 centros	Curso de atualizacao em DST	Bolsas de estudo no Brasil ou exterior	14 bolsas * 3 anos	42 bolsa	8000.00	0 336000 0 0 0
	Treinamento para medicos e enfermeiros de centros sec. ou terc.	Em atividades de controle das DST e sifilis congenita	15 cursos em 1993 + 26 em 1994 + 37 em 1995 (cursos para 10 pessoas)	78 curso	20550.00	1602900 0 0 0 0 0
	Treinamento para auxiliares de enfermagem e agentes de saude de centros sec. ou terc.	Em atividades de controle das DST e sifilis congenita	10 cursos em 1993 + 19 em 1994 + 27 em 1995 (cursos para 10 pessoas)	56 curso	20550.00	1150800 0 0 0 0 0 0
	Treinamento para medicos e enfermeiros de centros primarios	Em atividades de controle das DST e sifilis congenita	35 cursos em 1993 + 26 em 1994 + 37 em 1995 (cursos para 10 pessoas)	243 curso	19950.00	4847850 0 0 0 0
	Treinamento para auxiliares de enfermagem e agentes de saude de centros primarios	Em atividades de controle das DST e sifilis congenita	15 cursos em 1993 + 26 em 1994 + 37 em 1995 (cursos para 10 pessoas)	173 curso	19950.00	3451350 0 0 0 0 0
	Treinamento em informatica basica para ag. administ	No uso de DOS, editor de texto, planilha	200 ag. em 1993 + 200 ag. em 1994 + 200 ag em 1995	600 agente treinado	200.00	120000 0 0 0
Comprar material e equipamentos para os 300 centros	Comprar e distribuir material e equipamento	Comprar material de informatica (microcomputador com coprocessador matem. + impressora + cx de disquete)	300 microcomputadores (100 por ano)	300 microcomp.	200.00	60000 0 0
			300 impressoras (100 por ano)	300 impressora	500.00	150000 0 0
			300 cxs de disquete (100 por ano)	300 cx	200.00	60000 0 0
			300 cxs de papel p/ impressora (100 por ano)	300 cx	300.00	90000 0

				0
Comprar material audio-visual (TV, VCR, 1 fita de video)	300 TV (100 por ano)	300 TV	400.00	120000 0 0
	300 VCR (100 por ano)	300 VCR	400 00	120000 0 0
	300 fitas de video (100 por ano)	300 fita VCR	6 00	1800 0 0
Comprar microscopios	300 microscopios (100 por ano)	300 microscopio	14000 00	4200000 0 0 0 0
Comprar reagentes para VDRL	PRIMEIRO ANO 30 pacientes *20 dias *100 centros * 6 meses= 360 000 testes SEGUNDO ANO (30 pacientes *20 dias *100 centros implementados *12 meses) + (30 pacientes *20 dias *100 centros novos * 6 meses)= 1 080 000 testes TERCEIRO ANO (30 pacientes *20 dias *200 centros implementados *12 meses) + (30 pacientes *20 dias *100 centros novos * 6 meses)= 1.920.000 testes	3360000 teste de VDRL	0 40	1344000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Comprar reagentes para HBsAg	PRIMEIRO ANO (360.000 pacientes * 0 20) =72.000 SEGUNDO ANO (1.080.000 pacientes * 0 20) =216.000 TERCEIRO ANO (1.920.000 pacientes * 0 20) =384 000	672000 teste para HBsAg	3.00	2016000 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Comprar reagentes para HIV	PRIMEIRO ANO (360.000 pacientes * 0 60) =216 000 SEGUNDO ANO (1.080.000 pacientes * 0 60) =648.000 TERCEIRO ANO (1.920.000 pacientes * 0 60) =1.152 000	2784000 teste p/ HIV	3 00	8352000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Comprar caixas de laminas p/ microscopia	PRIMEIRO ANO 60 cxs * 100 centros SEGUNDO ANO 60 cxs * 200 centros TERCEIRO ANO 60 cxs * 300 centros	36000 cx	15.00	540000 0 0 0 0

Comprar lamínulas	(7 cxs * 100 centros) +	42000 cx		0
	(7 cxs * 200 centros) +			0
	(7 cxs * 300 centros)			0
				0
Comprar sol.				0
salina				0
				0
Comprar KOH a 10%				0
				0
Comprar violeta				0
de genciana				0
				0
Comprar violeta	(2 fr * 100 centros) +	1200 fr		0
metila	(2 fr * 200 centros) +			0
	(2 fr * 300 centros)			0
				0
Comprar iodo	(2 fr * 100 centros) +	1200 fr		0
metalico	(2 fr * 200 centros) +			0
resublimado	(2 fr * 300 centros)			0
				0
Comprar iodeto	(1 fr * 100 centros) +	600 fr		0
de potassio	(1 fr * 200 centros) +			0
	(1 fr * 300 centros)			0
				0
Comprar safranina	(2 fr * 100 centros) +	1200 fr		0
	(2 fr * 200 centros) +			0
	(2 fr * 300 centros)			0
				0
Comprar oxalato de	(1 fr * 100 centros) +	600 fr		0
amonio	(1 fr * 200 centros) +			0
	(1 fr * 300 centros)			0
				0
Comprar alcool	(60 l * 100 centros) +	36000 l	2 00	72000
absoluto	(60 l * 200 centros) +			0
	(60 l * 300 centros)			0
				0
Comprar metanol	(5 l * 100 centros) +	3000 l	2 00	6000
	(5 l * 200 centros) +			0
	(5 l * 300 centros)			0
				0
Comprar etanol	(5 l * 100 centros) +	3000 l	2 00	6000
	(5 l * 200 centros) +			0
	(5 l * 300 centros)			0
				0
Comprar swab	(1000 und * 100 centros) +	600000 und		0
esteril p/ coleta	(1000 und * 200 centros) +			0
de material masc	(1000 und * 300 centros)			0

						0
		Comprar swab esteril p/ coleta de material fem.	(1000 und * 100 centros) + (1000 und * 200 centros) + (1000 und * 300 centros)	600000 und		0
						0
						0
						0
		Comprar gase compressa (500 g)	(4 pct * 100 centros) + (4 pct * 200 centros) + (4 pct * 300 centros)	2400 pct		0
						0
						0
						0
		Comprar algodao hidrofilo	(4 rl * 100 centros) + (4 rl * 200 centros) + (4 rl * 300 centros)	2400 rl		0
						0
						0
						0
		Distribuir material e equipamentos	Diretamente aos centros atraves do MS			0
						0
						0
						0
	Controle da distribuicao e uso do material e equipamentos	Definir instrumentos de controle				0
						0
						0
		Aplicar instrumentos de controle semestralmente				0
						0
						0
						0
Implementar convocacao de parceiros nos 300 centros	Produzir e imprimir cartoes de convocacao pelo paciente indice	Produzir o modelo do cartao				0
						0
						0
		Imprimir os cartoes	PRIMEIRO ANO (360.000 pacientes * 2 parceiros= 720.000 SEGUNDO ANO (1.080.000 pacientes * 2 parceiros= 2.160 000 TERCEIRO ANO (1.920.000 pacientes * 2 parceiros= 3.840.000			0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
	Distribuir cartoes para os 300 centros	Diretamente aos centros atraves do MS				0
						0
						0
						0
	Produzir e imprimir modelo de aerograma para convocacao de parceiros	Produzir o modelo do aerograma				0
						0
		Imprimir modelos de aerograma	10.000 modelos	10000 modelo	0.50	5000
						0
						0
						0
	Distribuir modelos de aerograma para SES e SMS	Diretamente aos centros atraves do MS				0
						0
						0

						0
	Estudar relacao custo/beneficio de busca ativa e screening para sifilis	Elaborar protocolos de estudo	2 protocolos	2 protocolo	1000.00	2000
						0
						0
						0
		Executar os estudos	Estudos sobre busca ativa em 2 CRN-DST; Estudos sobre screening para sifilis em 2 CRN-DST	4 estudo	100000 00	400000
						0
						0
						0
						0
						0
Incrementar capacidade gerencial dos 300 centros atraves do uso de PFA	Treinamento em PFA para 2 tecnicos do PNC-DST/AIDS e 13 diretores de centros candidatos a CRN-DST	Treino teorico--pratico com consultores do CDC		1 treinam.	24380 00	24380
						0
						0
						0
						0
						0
						0
	Treinamento em PFA para outros CRN-DST	Atraves dos CRN treinados	7 passagens (ida/volta)	7 passagem	500 00	3500
			28 diarias (4 * 7 diretores)	28 diaria	100 00	2800
						0
						0
						0
	Realizacao do PFA anualmente nos 300 centros	Imprimir os formularios de PFA	6 formularios * 300 centros	1800 formulario	0.50	900
						0
						0
		Aplicacao do PFA nos 300 centros	100 passagens (ida/volta)*	100 passagem	500.00	50000
						0
			(2 * 280 centros) =560 diarias	560 diaria	100.00	56000
			* Considerando que cerca de 70 dos centros nao precisaram de passagem aerea para atingir os CRN			0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
				SUB-TOTAL		29209280

TABELA 7. MATRIZ DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E CUSTOS

OBJETIVO 2 Garantir a disponibilidade de medicamentos para o tratamento das DST em todas as unidades de saude do pais, ate o final de 1995

ATIVIDADE	ELEMENTO	DESDOBRAMENTO	MEMORIA DE CALCULO	TOTAL FISICO	UNIDADE	CUSTO UNID. US$	TOTAL US$
Compra e distribuicao de medicamentos	Compra de medicamentos para tratar DST em todas as unidades de	Compra de:					
		Penicilina G procaina	GONORREIA (2 (amp de 2 4 milhoes) * 860 265 (casos/ano) * 2.5 (anos))	4301325	amp	2 17	9333875 0 0
		Probenecida	GONORREIA (2 (comp de 500 mg) * 860 265 (casos/ano) * 2.5 (anos))	4301325	comp		0
		Penicilina G Benzatina	SIFILIS (4 (amp de 1 2 milhoes) * 311 748 (casos/ano) * 2.5 (anos))	3117480	amp	1 65	5143842 0 0 0
		Penicilina G cristalina	SIFILIS CONGENITA (5 (amp de 1 milhao) * 133 450 (casos/ano) * 2 5 (anos))	1668125	amp	1.24	2068475 0 0 0
			OFTALMIA GONOCOCICA (5 (amp de 1 milhao) * 1315 (casos/ano) * 2.5 (anos))	16438	amp	1.24	20383 12 0 0 0
		SMZ + TMP	CANCRO MOLE (40 (comp de SFM 400/ TMP 80) * 35,516 (casos/ano) * 2.5 (anos))	3551600	comp	0 59	2095444 0 0 0
		Cloridrato de Tetraciclina	LINFOGRANULOMA VENEREO (56 (caps de 500 mg) * 1 354 (casos/ano) * 2 5 (anos))	189560	caps	0 27	511812 0 0 0
			URETRITE NAO GONOCOCICA (40 (caps de 500 mg) * 261.762 (casos/ano) * 2 5 (anos))	26176200	caps	0 27	7067574 0 0 0
		Estearato de Eritromicina	5% DA SIFILIS (240 (drageas de 500 mg) * 15 587 (casos/ano) * 2 5 (anos))	9352200	dragea	0.59	5517798 0 0 0
		Metronidazol	TRICOMONIASE (8 (drageas de 250 mg) * 500 000 (casos/ano) * 2.5 (anos))	10000000	dragea	0.15	1500000 0 0 0
			VAGINOSE BACTERIANA (42 (drageas de 250 mg) * 500 000 (casos/ano) * 2 5 (anos))	52500000	dragea	0.15	7875000 0 0 0
		Nistatina	CANDIDIASE VULVO VAGINAL (1 (estojo com 25.000 UI/g) * 500 000 (casos/ano) * 2 5 (anos))	1250000	estojo	4.45	5562500 0 0 0
	Distribuicao dos medicamentos	Atraves das SES e SMS					0 0 0
Controle de distribuicao e consumo	Definir instrumentos de controle						0 0 0
	Aplicar instrumentos de controle semestralmente						0 0 0 0
					SUB-TOTAL		46236073

TABELA 7. MATRIZ DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E CUSTOS

OBJETIVO 3- Producao de materiais tecnicos necessarios a divulgacao de normas e atividades relacionadas ao controle das DST e eliminacao da sifilis congenita, ate o final de 1995

ATIVIDADE	ELEMENTO	DESDOBRAMENTO	MEMORIA DE CALCULO	TOTAL FISICO	UNIDADE	CUSTO UNID. US$	TOTAL US$
Producao e distribuicao do material	Elaboracao e impressao do material tecnico	Materiais tecnicos:					
		Bases Tecnicas para a Eliminacao da Sifilis Congenita	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Manual de Controle das DST	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Projeto de Envolvimento das Farmacias no Programa de Controle das DST	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Convocacao de Parceiros	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Adesao ao tratamento	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Uso do preservativo	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
		Aconselhamento para testes para detectar anticorpos anti-HIV	xxx.xxx exemplares		exemplar	1.00	0
	Distribuicao do material	Para unidades de saude que atendem DST (cadastradas)	Atraves do MS				0
					SUB-TOTAL		0

TABELA 7. MATRIZ DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E CUSTOS

OBJETIVO 4- Implantacao de sistema de referenciamento de pacientes com queixas de DST a partir das farmacias, nas areas de abrangencia direta dos 300 centros, ate o final de 1995

ATIVIDADE	ELEMENTO	DESDOBRAMENTO	MEMORIA DE CALCULO	TOTAL FISICO	UNIDADE	CUSTO UNID. US$	TOTAL US$
Realizar estudos piloto em 2 municipios selecionados	Elaborar os estudos	Elaborar 1 protocolo			1 protocolo	1000	1000
	Executar os estudos	Executar 2 estudos			2 estudo	30000	60000
Implantar o sistema na area de abrangencia dos 300 centros	*** TODAS AS ATIVIDADES ESTAO DETALHADAS NO DOCUMENTO;"PROJETO DE ENVOLVIMENTO DAS FARMACIAS NO PROGRAMA DE CONTROLE DAS DST***						543000
					SUB-TOTAL		604000

TABELA 7. MATRIZ DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E CUSTOS

OBJETIVO 5- Implementacao da realizacao de rotina do VDRL (ou RPR) nos locais de parto do pais, para deteccao, e consequente tratamento e notificacao dos casos de sifilis congenita, ate o final de 1995

ATIVIDADE	ELEMENTO	DESDOBRAMENTO	MEMORIA DE CALCULO	TOTAL FISICO	UNIDADE	CUSTO UNID. US$	TOTAL US$
Cadastrar locais de parto do pais	Produzir, imprimir e distribuir questionario para cadastro	Produzir questionario					0
							0
		Imprimir questionario	5000 questionarios	5000 question.		0.5	2500
							0
		Distribuir questionario	Atraves do MS				0
							0
	Informatizar dados do cadastro						0
							0
							0
Capacitar profissionais de locais de parto atravos do Maternidades de Referencia (COSMI)	Treinamento para pessoal das Maternidades de Referencia (MR)		(2 profissionais por MR * 80 MR)/ 10 pessoas por curso	16 cursos		20000	320000
							0
							0
							0
							0
	Treinamento dos profissionais dos locais de parto a partir das MR		(1 profissional por local * 4000 locais)/ 10 pessoas por curso	400 cursos		20000	8000000
							0
							0
							0
							0
Oferecer reagentes para realizar VDRL ou RPR	Comprar e distribuir os reagentes	Comprar os reagentes	PRIMEIRO ANO (4.500.000 partos * .5 ano)	11250000 teste p/ VDRL.		0.4	4500000
			SEGUNDO ANO (4.500.000 partos)				0
			TERCEIRO ANO (4.500.000 PARTOS)				0
nos locais de parto cadastrados							0
							0
							0
distribuicao e consumo		Distribuir os reagentes	Para os laboratorios de referencia, atraves do MS				0
							0
							0
							0
Integracao com entidades relacionadas a eliminacao da sifilis congenita	Reunioes com entidades relacionadas com a eliminacao da sifilis congenita	Reunioes com					0
		COSMI					0
							0
		FEBRASGO					0
							0
		UNIAO					0
							0
		SBP					0
							0
		CENEPI					0
							0
		GRUPO DE PARTEIRAS					0
					SUB-TOTAL		12822500
					TOTAL GERAL		

IX - CÓDIGO DE ÉTICA

As atividades assistenciais relacionadas às DST, como a qualquer outra doença, devem ser executadas seguindo-se os princípios éticos comuns aos profissionais de saúde, principlamente no que se refere ao sigilo profissional, confidencialidade, ausência de discriminação ou coerção. Para que os membros de uma comunidade aceitem os centros de atendimento como locais adequados ao tratamento de DST é fundamental que confiem na confidencialidade dos dados que partilham com os profissionais de saúde, de outra forma todo o esforço de equipar o centro e treinar seu pessoal pode vir a ser inútil. Estes princípios éticos são particularmente importantes em atividades como convocação de parceiros.

X - BENEFÍCIOS E RISCOS

Sabe-se que quanto mais precoce ocorre a interrupção da cadeia de transmissão das doenças infectocontagiosas, melhores serão os resultados do ponto de vista da saúde pública, bem como do custo financeiro para o Estado. O tratamento rápido das DST, em sua fase aguda, permitirá uma redução drástica dos gastos com as suas complicações, em particular com a doença inflamatória pélvica, cujo custo anual nos EUA é da ordem de US$ 4.2 bilhões, segundo informações do CDC, para 1990. Além disso, há que se considerar, que a maioria dos pacientes acometidos por estas infecções, encontram-se em idade reprodutiva e suas sequelas, muitas vezes irreversíveis, causam danos psicossociais incalculáveis.

Em resumo, a rápida identificação e um tratamento eficaz quebram a cadeia de transmissão e reduzem de forma drástica os custos de assistência à saúde das pessoas doentes e infectadas, substituindo as internações hospitalares por atendimento ambulatorial.

RISCOS

Os medicamentos e materiais fornecidos para pacientes de DST/ HIV podem ser utilizados em outros pacientes. Este é um risco que se acredita poder evitar com um acompanhamento efetivo do material fornecido e dos casos atendidos.

As mudanças institucionais também podem representar um risco para a continuidade do Projeto mas devido à magnitude, à importância e à projeção deste compromisso prévio, acredita-se ser este risco bastante reduzido.

XI - BIBLIOGRAFIA

1. Mann J., Tarantola D.J.M., Netter T.W.: AIDS in The World. A Global Report. Harvard University Press, 1992.

2. Programação das Atividades de Controle das DST . Dra. Lair G.M. Rodrigues - DNDST/AIDS - 1987.

3. Management of Patients with Sexually Transmitted Diseases - WHO Technical Report Series - 1991.

4. Orientação para Organização de Centros de Saúde: O planejamento local. Normas e Manuais Técnicos - Drs. Miren S.A. Moulian e Nereide H.A. Moraes - 1985.

5. Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviço de Saúde - Centro de Documentação do Ministério da Saúde - 1983.

6. Centro de Referência em AIDS - CNDST/AIDS - 1992.

7. Sistema Nacional de Laboratórios de DST/AIDS - Unidade de Laboratório da CN DST/AIDS - 1992.

8. ABC do SUS Doutrina e Princípios - M.S. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS - 1990.

ANEXO I

MINISTERIO DA SAUDE
PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS

PLANILHA DE NOTIFICACAO DAS DST

DADOS GERAIS

INSTITUICAO	CODIGO	ENDERECO
MUNICIPIO		CODIGO DO MUNICIPIO / UF

RELACAO DOS CASOS DIAGNOSTICADOS

NP	INICIAIS DO PACIENTE	DATA DO NASC.	SEXO	MUNICIPIO	UF	INICIO DOENCA	ATENDIMENTO	DIAGNOSTICO SINDR.	DIAGNOSTICO ESPEC.	TRATAMENTO MES ANT	TRATAMENTO ATUAL	CONSULTA N/S	CONSULTA P/C	HIV SOL. S/N	HIV RESUL +/-	OUTROS RESULTADOS LABORATORIAIS 1	2	3	4	DIAG. FINAL	DATA DIAG.FINAL
01		/ /				/ /	/ /														/ /
02		/ /				/ /	/ /														/ /
03		/ /				/ /	/ /														/ /
04		/ /				/ /	/ /														/ /
05		/ /				/ /	/ /														/ /
06		/ /				/ /	/ /														/ /
07		/ /				/ /	/ /														/ /
08		/ /				/ /	/ /														/ /
09		/ /				/ /	/ /														/ /
10		/ /				/ /	/ /														/ /
11		/ /				/ /	/ /														/ /
12		/ /				/ /	/ /														/ /
13		/ /				/ /	/ /														/ /
14		/ /				/ /	/ /														/ /
15		/ /				/ /	/ /														/ /
16		/ /				/ /	/ /														/ /
17		/ /				/ /	/ /														/ /
18		/ /				/ /	/ /														/ /

DADOS COMPLEMENTARES

RESPONSAVEL PELO PREENCHIMENTO	FUNCAO	LOCAL	CODIGO

DATA DE ENVIO A SES	DATA DE RECEBIMENTO NA SES	DATA DE ENVIO A SES / /	DATA DE RECEBIMENTO NA SES / /	DATA DE ENVIO AO MS / /	DATA DE RECEBIMENTO NO MS / /

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DST/AIDS

CADASTRO DE SERVIÇOS QUE ATENDEM PACIENTES COM DST

1. NOME DA INSTITUIÇÃO _____ CÓD. (MS) _____

2. ENDEREÇO _____

CIDADE _____ UF ____ CEP _____ TEL _____

3. AFILIAÇÃO (ENTIDADE MANTENEDORA) _____

4. HIERARQUIA NO SUS _____

5. DATA DE INAUGURAÇÃO _____

6. Nº DE PACIENTES CADASTRADOS ATÉ 31/12/92 _____

7. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

INÍCIO _____ TÉRMINO _____

8. PESSOAL (CARGA HORÁRIA SEMANAL)
(LIGADO AO ATENDIMENTO DA GESTANTE E/OU ATENÇÃO AO PARTO)

	Nº	CARGA HORÁRIA			Nº	CARGA HORÁRIA	
MÉDICOS			H/SEMANA	TÉC. LABORATÓRIO			H/SEMANA
ODONTÓLOGOS			H/SEMANA	AUXILIAR LABORATÓRIO			H/SEMANA
ENFERMEIROS			H/SEMANA	AGENTES DE SAÚDE			H/SEMANA
AUX. ENFERMAGEM			H/SEMANA	APOIO ADMINISTRATIVO			H/SEMANA
ASSISTENTE SOCIAL			H/SEMANA	OUTROS _____			H/SEMANA
BIOQUÍMICO			H/SEMANA	_____			H/SEMANA
PSICÓLOGOS			H/SEMANA	_____			H/SEMANA

9. SERVIÇOS PRESTADOS PELA UNIDADE DE SAÚDE (S-SIM N-NÃO)
ATENDIMENTO DE ROTINA EM:

PEDIATRIA GERAL		CONTROLE DA HIPERTENSÃO	
CLÍNICA MÉDICA		CONTROLE DA TUBERCULOSE	
GINECOLOGIA GERAL		CONTROLE DA HANSENÍASE	
OBSTETRÍCIA		CONTROLE DAS DST	
INFECTOLOGIA		TRATAMENTO PARA DST GRÁTIS	
DERMATOLOGIA		TRATAMENTO PARA DST PRESCRITO	
UROLOGIA		DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS	
CIRURGIA GERAL		REALIZAÇÃO DE TESTE ANTI-HIV	
PRONTO ATENDIMENTO		PRÉ E PÓS ACONSELHAMENTO	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (0 A 4 ANOS)		ACOMPANHAMENTO DO HIV + ASSINTOMÁTICO	
VACINAÇÃO		ACOMPANHAMENTO DO HIV + SINTOMÁTICO	
ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE		SERVIÇO ODONTOLÓGICO	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER		SERVIÇO LABORATORIAL PÚBLICO	
PRÉ-NATAL		SERVIÇO LABORATORIAL PRIVADO	
PREVENÇÃO DO "CA" CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA		OUTRAS ATIVIDADES: _____	
PLANEJAMENTO FAMILIAR		_____	
ATENÇÃO AO PARTO		_____	
CONTROLE DO DIABETES			

95

9.1 ATIVIDADES DO SERVIÇO LABORATORIAL (S-SIM N-NÃO)

	NO LOCAL	EM REFERÊNCIA	RESULTADO EM DIAS
EXAME DIRETO			DIAS
BACTERIOSCOPIA			DIAS
CULTURA			DIAS
CAMPO ESCURO			DIAS
VDRL			DIAS
RPR			DIAS
FTA-Abs			DIAS
FTA-Abs (IgM)			DIAS
IMF DIRETA (CLAMÍDIA)			DIAS
IMF INDIRETA			DIAS
ELISA (HbS Ag)			DIAS
ELISA (HIV)			DIAS
WESTERN BLOT			DIAS

10. CLIENTELA PREDOMINANTE

N° DE HABITANTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DIRETA ☐

N° DE HABITANTES DA ÁREA QUE É REFERÊNCIA ☐

CLASSE SOCIAL DA MAIORIA DOS PACIENTES ☐

ESCOLARIDADE DA MAIORIA DOS PACIENTES ☐

FAIXA ETÁRIA DA MAIORIA DOS PACIENTES ☐

11. ACESSO AO SERVIÇO (S-SIM N-NÃO)

AGENDAMENTO ☐ ORDEM DE CHEGADA ☐ REFERÊNCIA ☐ _____ ☐ _____ ☐

12. SISTEMA DE REFERÊNCIA

UNIDADES DAS QUAIS RECEBE ENCAMINHAMENTOS:

UNIDADES PARA AS QUAIS ENCAMINHA PACIENTES:

13. N° DE PACIENTES ATENDIDOS EM NOVEMBRO/92 POR:

MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		BIOQUÍMICOS (EXAMES REALIZADOS)		ENFERMEIROS	
A. SOCIAIS		PSICÓLOGOS		T. LABORATÓRIO (EXAMES REALIZADOS)		AG. DE SAÚDE (VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS)	
AUXILIARES DE ENFERMAGEM		N° DE PACIENTES COM DST		AUX. LABORATÓRIO (EXAMES COLETADOS)		OUTROS: _____	

14. MANEJO DOS PARCEIROS (CONTATOS) SEXUAIS EM NOVEMBRO/92

PARCEIROS QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE ☐

PARCEIROS CHAMADOS POR CORRESPONDÊNCIA ☐

PARCEIROS TRAZIDOS PELO CASO ÍNDICE ☐

PARCEIROS LOCALIZADOS POR BUSCA ATIVA ☐

15. TREINAMENTOS REALIZADOS EM 1992:

15.1 PARA A EQUIPE DO SERVIÇO:

15.2 MINISTRADOS PELA EQUIPE DO SERVIÇO:

16. SUPERVISÕES RECEBIDAS EM 1992:

17. Nº DE CASOS DE DST REGISTRADOS EM 1992 POR DIAGNÓSTICO:

1. SÍFILIS CONGÊNITA		9. URETRITE NÃO GONOCÓCICA		17. ÚLCERA GENITAL DE ORIGEM DESCONHECIDA	
2. SÍFILIS PRIMÁRIA		10. CERVICITE NÃO GONOCÓCICA		18. TRICOMONÍASE	
3. SÍFILIS SECUNDÁRIA		11 OFTALMIA NEONATAL		19. CANDIDÍASE	
4. SÍFILIS TERCIÁRIA		12. CANCRO MOLE		20. VAGINOSE BACTERIANA	
5. SÍFILIS LATENTE		13. LINFOGRANULOMA		21. VULVOVAGINITE INESPECÍFICA	
6. SÍFILIS NÃO ESPECIFICADA		14. DONOVANOSE		22. HEPATITE B	
7. URETRITE GONOCÓCICA		15. CONDILOMA ACUMINADO		23. PORTADOR DO HIV	
8. CERVICITE GONOCÓCICA		16. HERPES GENITAL			

18. PRINCIPAIS DIFICULDADES E NECESSIDADES DO SERVIÇO:

LOCAL E DATA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME

CARGO/FUNÇÃO

TELEFONE

ASSINATURA:

ANEXO 3.

CARTÃO DE CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

FRENTE DO CARTÃO

Parte "A": (deverá permanecer na clínica)

Número da clínica

Número do cartão

Data do atendimento

Código do diagnóstico (conforme a relação existente no verso da nova planilha de notificação das DST)

Clínico responsável

Data de consulta do contato

Parte B: (deverá ser dada ao paciente)

Número da clínica

Número do cartão

Data do atendimento

Código do diagnóstico

Clínico responsável

Clínica: Nome
Endereço
Horário de funcionamento

VERSO DO CARTÃO

Parte B: (informações práticas para o paciente)

É MUITO IMPORTANTE:

- terminar seu tratamento até o fim, mesmo que os sintomas tenham desaparecido.

- informar seus parceiros sexuais do último mês. Eles podem não apresentar nenhum sintoma e portanto não saber que estão doentes, sofrendo graves conseqüências.

- retornar para ver seus resultados de laboratório e, no caso de seu médico ter recomendado, para tratamento adicional.

- usar CAMISINHA com todos os parceiros sexuais. Se usada adequadamente, ela pode prevenir outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, e a transmissão do vírus da AIDS (HIV).

[DIAGRAMA DE USO DO PRESERVATIVO]

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	1993									1994									1995								
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PROPOSTA PARA OS FARMACEUTICOS																																			
Elaborar e distribuir material informativo					X	X	X	X	X	X	X																								
Reunioes com CFF			X																																
Distribuicao de listas atualizadas dos locais de atendimento a pacientes com DST							X	X	X										X	X	X										X	X	X		
Elaborar estudos de pre-avaliacao, de processo e de impacto						X	X	X	X	X	X																								
Executar estudos de pre-avaliacao								X	X																										
Executar estudos sobre processo															X																				
Executar estudos sobre impacto																				X												X			
PROPOSTA PARA OS MEDICOS																																			
Elaborar e distribuir material informativo						X	X	X	X	X	X																								
Reunioes com CFM			X																																
Elaborar estudos de pre-avaliacao, de processo e de impacto						X	X	X	X	X	X																								
Executar estudos de pre-avaliacao								X	X																										
Executar estudos sobre processo															X																				
Executar estudos sobre impacto																				X												X			

	1993									1994									1995								
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PROPOSTA PARA BALCONISTAS E PROPRIETARIOS DE FARMACIA																																			
Elaborar e distribuir material informativo						X	X	X	X	X	X	X																							
Reunioes com ABCFARMA ou Sindicatos de Varejistas							X																												
Elaborar estudos de pre-avaliacao, de processo e de impacto							X	X	X	X	X	X																							
Executar estudos de pre-avaliacao									X	X																									
Executar estudos sobre processo															X																				
Executar estudos sobre impacto																				X												X			
PROPOSTA PARA OS CONSUMIDORES																																			
Elaborar e veicular mensagens pela midia eletronica									X	X	X						X	X	X								X	X	X						
Elaborar e distribuir cartazes								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													X	X		
Elaborar inquerito para os consumidores								X	X	X	X																								
Executar inquerito para consumidores									X	X	X									X												X			
AVALIACAO GLOBAL DO PROJETO																																			
Elaborar estudo sobre a protecao de pacientes com DST encaminhados das farmacias para servicos de saude e que procurassem diretamente os servicos de saude							X	X	X	X	X	X																							

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE DST/AIDS

CADASTRO DE SERVIÇOS QUE REALIZAM PARTO

1. NOME DA INSTITUIÇÃO _____ CÓD. (MS) _____

2. ENDEREÇO _____

CIDADE _____ UF ____ CEP _____ TEL _____

3. AFILIAÇÃO (ENTIDADE MANTENEDORA) _____

4. HIERARQUIA NO SUS _____

5. DATA DE INAUGURAÇÃO _____

6. Nº DE PACIENTES CADASTRADOS ATÉ 31/12/92 _____

7. PESSOAL (CARGA HORÁRIA SEMANAL)
(LIGADO AO ATENDIMENTO DA GESTANTE E/OU ATENÇÃO AO PARTO)

	Nº	CARGA HORÁRIA
MÉDICOS		H/SEMANA
ODONTÓLOGOS		H/SEMANA
ENFERMEIROS		H/SEMANA
AUX. ENFERMAGEM		H/SEMANA
ASSISTENTE SOCIAL		H/SEMANA
BIOQUÍMICO		H/SEMANA
PSICÓLOGOS		H/SEMANA

	Nº	CARGA HORÁRIA
TÉC. LABORATÓRIO		H/SEMANA
AUXILIAR LABORATÓRIO		H/SEMANA
AGENTES DE SAÚDE		H/SEMANA
APOIO ADMINISTRATIVO		H/SEMANA
OUTROS _____		H/SEMANA
_____		H/SEMANA
_____		H/SEMANA

8. SERVIÇOS PRESTADOS PELA UNIDADE DE SAÚDE (S-SIM N-NÃO)
ATENDIMENTO DE ROTINA EM:

PEDIATRIA GERAL	
CLÍNICA MÉDICA	
GINECOLOGIA GERAL	
OBSTETRÍCIA	
INFECTOLOGIA	
DERMATOLOGIA	
UROLOGIA	
CIRURGIA GERAL	
PRONTO ATENDIMENTO	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (0 A 4 ANOS)	
VACINAÇÃO	
ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE	
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	
PRÉ-NATAL	
PREVENÇÃO DO "CA" CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA	
PLANEJAMENTO FAMILIAR	
ATENÇÃO AO PARTO	
CONTROLE DO DIABETES	

CONTROLE DA HIPERTENSÃO	
CONTROLE DA TUBERCULOSE	
CONTROLE DA HANSENÍASE	
CONTROLE DAS DST	
TRATAMENTO PARA DST GRÁTIS	
TRATAMENTO PARA DST PRESCRITO	
DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS	
REALIZAÇÃO DE TESTE ANTI-HIV	
PRÉ E PÓS ACONSELHAMENTO	
ACOMPANHAMENTO DO HIV + ASSINTOMÁTICO	
ACOMPANHAMENTO DO HIV + SINTOMÁTICO	
SERVIÇO ODONTOLÓGICO	
SERVIÇO LABORATORIAL PÚBLICO	
SERVIÇO LABORATORIAL PRIVADO	
OUTRAS ATIVIDADES:	

8.1 ATIVIDADES DO SERVIÇO LABORATORIAL (S-SIM N-NÃO)

	NO LOCAL	EM REFERÊNCIA	RESULTADO EM DIAS
EXAME DIRETO			DIAS
BACTERIOSCOPIA			DIAS
CULTURA			DIAS
CAMPO ESCURO			DIAS
VDRL			DIAS
RPR			DIAS
FTA-Abs			DIAS
FTA-Abs (IgM)			DIAS
IMF DIRETA (CLAMÍDIA)			DIAS
IMF INDIRETA			DIAS
ELISA (HbS Ag)			DIAS
ELISA (HIV)			DIAS
WESTERN BLOT			DIAS

9. CLIENTELA PREDOMINANTE

N° DE HABITANTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DIRETA

N° DE HABITANTES DA ÁREA QUE É REFERÊNCIA

CLASSE SOCIAL DA MAIORIA DAS GESTANTES

ESCOLARIDADE DA MAIORIA DAS GESTANTES

FAIXA ETÁRIA DA MAIORIA DAS GESTANTES

10. ACESSO AO SERVIÇO (S-SIM N-NÃO)

AGENDAMENTO ☐ ORDEM DE CHEGADA ☐ REFERÊNCIA ☐ _____ ☐ _____ ☐

11. SISTEMA DE REFERÊNCIA

UNIDADES DAS QUAIS RECEBE ENCAMINHAMENTO:

UNIDADES PARA AS QUAIS ENCAMINHA PACIENTES:

12. N° DE GESTANTES ATENDIDAS EM NOVEMBRO/92 POR:

MÉDICOS		ODONTÓLOGOS		BIOQUÍMICOS (EXAMES REALIZADOS)		ENFERMEIROS	
A. SOCIAIS		PSICÓLOGOS		T. LABORATÓRIO (EXAMES REALIZADOS)		AG. DE SAÚDE (VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS)	
AUXILIARES DE ENFERMAGEM		N° DE GESTANTES COM DST		AUX. LABORATÓRIO (EXAMES COLETADOS)		OUTROS: _____	

13. MANEJO DOS PARCEIROS (CONTATOS) SEXUAIS EM NOVEMBRO/92

PARCEIROS QUE COMPARECEM ESPONTANEAMENTE

PARCEIROS CHAMADOS POR CORRESPONDÊNCIA

PARCEIROS TRAZIDOS PELO CASO ÍNDICE

PARCEIROS LOCALIZADOS POR BUSCA ATIVA

gv

RECEIVE

14. TREINAMENTOS REALIZADOS EM 1992:

14.1 PARA A EQUIPE DO SERVIÇO:

14.2 MINISTRADOS PELA EQUIPE DO SERVIÇO:

15. SUPERVISÕES RECEBIDAS EM 1992:

16. Nº DE CASOS DE DST REGISTRADOS EM 1992 POR DIAGNÓSTICO:

1. SÍFILIS CONGÊNITA		9. URETRITE NÃO GONOCÓCICA		17. ÚLCERA GENITAL DE ORIGEM DESCONHECIDA	
2. SÍFILIS PRIMÁRIA		10. CERVICITE NÃO GONOCÓCICA		18. TRICOMONÍASE	
3. SÍFILIS SECUNDÁRIA		11 OFTALMIA NEONATAL		19. CANDIDÍASE	
4. SÍFILIS TERCIÁRIA		12. CANCRO MOLE		20. VAGINOSE BACTERIANA	
5. SÍFILIS LATENTE		13. LINFOGRANULOMA		21. VULVOVAGINITE INESPECÍFICA	
6. SÍFILIS NÃO ESPECIFICADA		14. DONOVANOSE		22. HEPATITE B	
7. URETRITE GONOCÓCICA		15. CONDILOMA ACUMINADO		23. PORTADOR DO HIV	
8. CERVICITE GONOCÓCICA		16. HERPES GENITAL			

17. PRINCIPAIS DIFICULDADES E NECESSIDADES DO SERVIÇO:

LOCAL E DATA:

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME

CARGO/FUNÇÃO

TELEFONE

ASSINATURA: