

2021

CUIDA CTA

**REDE DE PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRAL
DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**



2023

Hospital Israelita Albert Einstein
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
(PROADI-SUS)

É permitida a adaptação e reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte, para fins não comerciais, e sob a licença CC BY-NC-SA 4.0.

Elaboração, distribuição e informações

Hospital Israelita Albert Einstein

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)

Coordenação do projeto:

João Renato Rebello Pinho

Aline Almeida da Silva

Amanda Alencar Cabral Morais

Ana Claudia Philippus

Ana Mônica de Mello

Andrea Salomão

Artemir Coelho de Brito

Bruna Emanuelle Alvarenga Fanis

Cristina Pimenta

Fábio Moherdaui

Flávia Moreno Alves de Souza

Gerson Fernando Mendes Pereira

Gilvane Casimiro da Silva

José Nilton Neris Gomes

José Boullosa Alonso Neto

Leonor Henriette de Lannoy

Luiz Fernando Aires Júnior

Mayra Gonçalves Aragón

Maiko Luis Tonini

Pâmela Cristina Gaspar

Roselle Bugarin Steenhouwer

Tatianna Meireles Dantas de Alencar

Autores Equipe Cuida-CTA/Einstein:

Caroline Thomaz Panico

Catarina Oliveira Guimaraes Barcelos

Cesar Augusto Inoue

Denize Ornelas Pereira Salvador de Oliveira

Isis Aleixo Barone Esquiati

Layze de Oliveira Castberg e Souza

Maria Cecília Araripe Sucupira

Nathalia Villa dos Santos

Raquel Queiroz de Araújo

Roberta dos Santos Pereira

Roberta Sitnik

Sabrina David Pugliese

Thais Sena de Paula Domingues

Autores Equipe Dathi:

Alessandro Caruso

Alisson Bigolin

FICHA CATALOGRÁFICA

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

CUIDA-CTA: Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis [recurso eletrônico] / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) ; coordenação do projeto: João Renato Rebello Pinho. -- São Paulo: SBIBAE, Ministério da Saúde, 2024.

236 p.

ISBN 978-85-65053-11-2

1. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2. HIV. 3. Doença Crônica. 4. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 5. Prevenção de Doenças. 6. Hepatite Viral Humana I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. II. Projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). III. Pinho, João Renato Rebello. IV. Título

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN
PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS)

**REDE DE PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRAL
DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS) que nos demandou esse projeto e esteve sempre junto conosco durante a execução do trabalho.

À equipe do Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde (NEVS) da Fiocruz/Brasília, pela troca de experiências com o projeto “Fortalecimento da Vigilância de Infecções Crônicas e Sexualmente Transmissíveis na Atenção à Saúde”.

Às Secretarias Estaduais da Saúde, em especial as Coordenações Estaduais de HIV/Aids, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis pelo apoio ao longo do projeto.

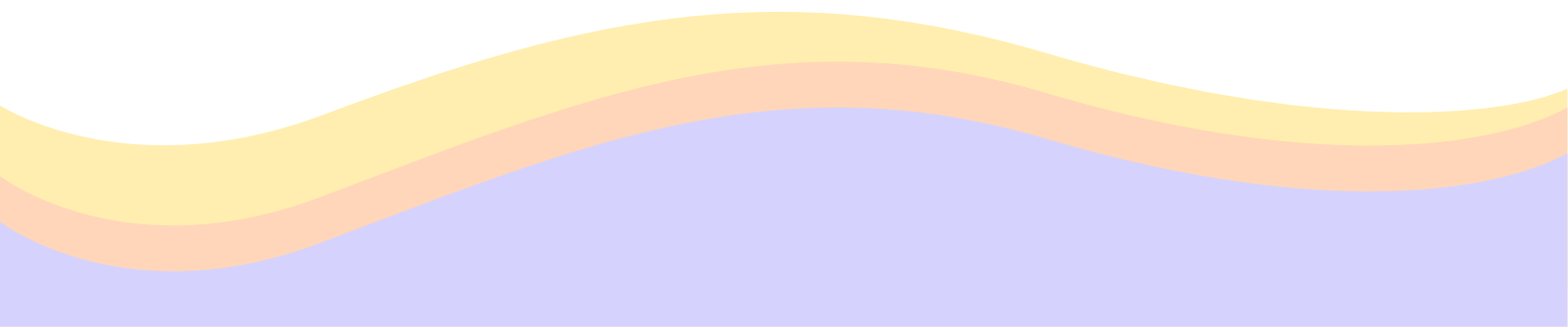
Aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) de todos os estados.

Às Secretarias Municipais de Saúde, em especial aos representantes das diversas áreas técnicas: HIV/Aids, Hepatites Virais, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, Vigilância em Saúde, Atenção Primária em Saúde e Atenção Especializada pelo comprometimento e apoio.

A todos os profissionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atenção Especializada (SAE) que apoiaram o projeto com informações importantes para o diagnóstico situacional em todo o país e na reestruturação de alguns serviços.

Aos representantes da Sociedade Civil, Movimentos Sociais e Conselhos de Saúde.

SUMÁRIO



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
INTRODUÇÃO	25
Breve histórico da infecção do HIV no Brasil	25
A Implementação e o papel do CTA	26
Os desafios dos CTA	27
O Projeto “Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente CUID Cuida-CTA”	30
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CTA (CENSO CTA)	34
Metodologia	34
Desenho do Estudo e Seleção dos Serviços de Saúde	34
Instrumento de coleta de dados	34
Recrutamento dos CTA no Diagnóstico Situacional Nacional	36
Análises dos dados do questionário online	37
Elaboração de Ferramentas para garantia de qualidade nas respostas do questionário	37
Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	37
Resultados do Diagnóstico Situacional dos CTA	38
Recrutamento e seleção dos serviços de saúde para preenchimento do questionário	38
Taxa de resposta	39
Distribuição dos CTA pelo Brasil	40
Estrutura física e funcionamento	42
Estrutura laboratorial dos CTA	49
Composição das equipes do CTA	52
Horário de funcionamento	55
Modalidades de acesso aos CTA	56
Perfil do público atendido	57
Inserção dos CTA na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	58
Articulação intersetorial	61
Disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção	63
Insumos clássicos de prevenção	64
Autoteste para detecção da infecção pelo HIV	65
Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-exposição (PEP)	65
Insumos para redução de danos	66
Diagnóstico de HIV, hepatites virais, sífilis, IST e tuberculose	67
Diagnóstico da infecção pelo HIV	67
Diagnóstico das Hepatites B e C	69
Diagnóstico da Sífilis	70
Diagnóstico das IST (exceto HIV, hepatites virais B e C e sífilis)	71
Diagnóstico da Tuberculose	73
Tratamento, seguimento e vinculação	74
HIV – Seguimento/ Vinculação	74
Hepatites B e C– Seguimento/ Vinculação	77

Sífilis - Seguimento/ Vinculação	80
IST – Tratamento/Seguimento/ Vinculação	82
Tuberculose – Seguimento, Tratamento e Vinculação	83
Atividades extramuros	86
Vigilância e sistema de informação	87
Carteira de serviços dos CTA por agravo	89
Carteira de serviços – HIV e aids	90
Carteira de serviços – Hepatites virais (B e C)	91
Carteira de serviços – Sífilis adquirida	93
Carteira de serviços – IST (exceto HIV, hepatites virais e sífilis)	95
Carteira de serviços – Tuberculose	96
Síntese do diagnóstico situacional por macrorregiões	98
Região Centro-Oeste	98
Região Nordeste	100
Região Norte	102
Região Sudeste	104
Região Sul	106
REESTRUTURAÇÃO DOS CTA	111
Seleção dos CTA para a Fase de Reestruturação	111
Desenho metodológico da Fase de Reestruturação dos CTA	112
Preparação interna da equipe Cuida-CTA/Einstein	113
Construção da Matriz FOFA/SWOT e Plano de trabalho	113
Ferramentas/Recursos Utilizados nas Oficinas Presenciais de Reestruturação dos CTA ...	113
Reunião virtual preparatória para oficina/ Atividade Pré-oficina	114
Oficina presencial	114
Monitoramento do plano de trabalho de reestruturação dos CTA	116
Segunda visita presencial aos CTA e capacitações	116
Compra e envio de equipamentos	118
Principais resultados da reestruturação dos CTA	119
Região Norte	120
Região Nordeste	123
Região Centro-Oeste	126
Região Sudeste	128
Região Sul	131
Evento presencial de Cooperação Horizontal com os CTA do projeto Cuida-CTA/ Einstein/ Proadi–SUS	134
PROJETOS PILOTO PARA AVALIAÇÃO DE APLICABILIDADE DE TESTES	
DIAGNÓSTICOS NOS CTA	136
Rede piloto de utilização de teste rápido molecular para detecção de <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	136
Projeto piloto da utilização do teste rápido imuno cromatográfico de quarta geração para detecção de anticorpos anti-HIV 1/2 e antígeno p24 (TR Ag/Ac)	155
AVALIAÇÃO DE IMPACTO	170
Metodologia da avaliação de impacto	170

Resultados da avaliação de impacto	172
Discussão sobre a avaliação de impacto	188
NARRATIVAS DOS CTA.....	193
Região Norte.....	193
Região Nordeste	201
Região Centro-Oeste.....	211
Região Sudeste	218
Região Sul	226
CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PROJETO “Cuida-CTA”	233
ANEXOS	238

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A

AHF: *Aids Healthcare Foundation*

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS: Atenção Primária à Saúde

ARV: Antirretrovirais

B

BAAR: Bacilo Álcool Ácido Resistente

C

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CGAHA: Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids

CGIST: Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

CO: Centro-Oeste (Região)

COAS: Centro(s) de Orientação e Apoio Sorológico

CTA: Centro(s) de Testagem e Aconselhamento

CT/NG: *Chlamydia trachomatis* /*Neisseria gonorrhoeae*

CV: Carga Viral

D

Dathi: Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DCCI: Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DIVEP: Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DQ: *Data Quality*

DST: Doença(s) Sexualmente Transmissível(is)

E

ELISA: *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*

ESF: Estratégia Saúde da Família

EPS: Educação Permanente em Saúde

F

FDA: *Food and Drug Administration*

Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz

FOFA/SWOT: Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (do inglês, *SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*)

G

GAL: Gerenciador de Ambiente Laboratorial

H

HBIG: Imunoglobulina Humana Específica Anti-hepatite B

HBV: Vírus da Hepatite B (do inglês, *Hepatitis B Virus*)

HCV: Vírus da Hepatite C (do inglês, *Hepatitis C Virus*)

HIAE: Hospital Israelita Albert Einstein
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês, *Human Immunodeficiency Virus*)
HPV: Papiloma vírus humano
HSH: Homem que faz sexo com homem

I

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGRA: Teste de Liberação Interferon-Gama (do inglês, *Interferon Gamma Release Assay*)
ILTB: Infecção Latente da Tuberculose
IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

L

Lacen: Laboratório Central de Saúde Pública
LF – LAM: teste rápido de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano
LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, Queers, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e mais
LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

M

MS: Ministério da Saúde

N

N: Norte (Região)
NE: Nordeste (Região)
NEVS: Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde

O

OMS: Organização Mundial da Saúde
ONGs: Organizações Não Governamentais
OSC: Organização(ões) da Sociedade Civil

P

PCD: Pessoa com Deficiência
PCDT: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR: Reação em Cadeia da Polimerase (do inglês, *Polymerase Chain Reaction*)
PEP: Profilaxia Pós – Exposição
POP: Procedimento Operacional Padrão
PrEP: Profilaxia Pré – Exposição
Proadi-SUS: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSE: Programa Saúde nas Escolas
PVHA: Pessoas Vivendo com HIV/Aids

R

RAS: Redes de Atenção à Saúde
REDCap: *Research Electronic Data Capture*

RH: Recursos Humanos
RUE: Rede de Urgência/Emergência

S

S: Sul (Região)
SAE: Serviços de Atenção Especializada
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE: Sudeste (Região)
SES: Secretaria Estadual da Saúde
SICLOM: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SI-CTA: Sistema de informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SISCEL: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral
HIV
SISLOGLAB: Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SITE TB: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMS: Secretaria Municipal da Saúde
SUAS: Sistema Único de Assistência Social
SUS: Sistema Único de Saúde
SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde
SVSA: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

T

TARV: Terapia Antirretroviral
TB: Tuberculose
TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFD: Tratamento Fora de Domicílio
T1/TR1: 1º Teste Rápido utilizado para Detecção de Anticorpos anti-HIV
T2/TR2: 2º Teste Rápido utilizado para confirmação da Detecção de Anticorpos anti-HIV
TR Ag/Ac: Teste Rápido Antígeno/Anticorpo
TRM CT/NG: Teste Rápido Molecular *Chlamydia trachomatis/ Neisseria gonorrhoeae*
TRM: Teste Rápido Molecular

U

UBS: Unidade Básica de Saúde
UBSF: Unidade Básica de Saúde Fluvial
UDM: Unidades Dispensadoras de Medicamentos
UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UPA: Unidade de Pronto Atendimento

V

VDRL: *Venereal Disease Research Laboratory*

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico R1 -	Curva acumulada de implantação de CTA por ano por região geográfica.....	40
Gráfico R2 -	Número de CTA e ano de implantação.....	42
Gráfico R3 -	Principais vacinas aplicadas nos CTA que realizavam imunização.....	46
Gráfico R4 -	Distribuição dos CTA que realizam imunização.....	46
Gráfico R5 -	Medicamentos disponíveis nas farmácias/UDM dos CTA.....	48
Gráfico R6 -	Distribuição dos CTA com estrutura laboratorial própria segundo a presença do equipamento GeneXpert®.....	51
Gráfico R7 -	Distribuição dos CTA que possuíam o GeneXpert® segundo os tipos de testes realizados.....	51
Gráfico R8 -	Distribuição dos CTA segundo horário de funcionamento.....	56
Gráfico R9 -	Distribuição dos CTA segundo modalidades de acesso ao serviço.....	56
Gráfico R10 -	Estabelecimentos de referências assistenciais dos CTA.....	58
Gráfico R11 -	Distribuição dos CTA que realizam apoio matricial.....	60
Gráfico R12 -	Distribuição dos CTA segundo o tipo de serviço em que realizam o apoio matricial.....	60
Gráfico R13 -	Distribuição dos CTA que recebem apoio matricial.....	61
Gráfico R14 -	Distribuição dos CTA segundo tipo de serviço de que recebe o apoio matricial....	61
Gráfico R15 -	Distribuição dos CTA segundo a articulação ou interação intersetorial.....	62
Gráfico R16 -	Distribuição dos CTA segundo disponibilidade de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante).....	64
Gráfico R17 -	Distribuição dos CTA segundo realização de PrEP e PEP.....	66
Gráfico R18 -	Fluxogramas padronizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV.....	69
Gráfico R19 -	Fluxogramas padronizados para o diagnóstico de hepatite C.....	70
Gráfico R20 -	Principais agentes etiológicos dos testes diagnósticos para IST.....	72
Gráfico R21 -	Distribuição dos CTA (%) segundo realização de tratamento para as IST sintomáticas.....	83
Gráfico R22 -	Distribuição dos CTA que realizavam tratamento segundo o tipo de abordagem para as IST.....	83
Gráfico R23 -	Distribuição dos CTA segundo utilização de prontuário eletrônico.....	88
Gráfico R24 -	Distribuição dos CTA segundo utilização dos principais sistemas de informações.....	88
Gráfico R25 -	Distribuição dos CTA segundo os agravos/situações notificados(as).....	89
Gráfico P1 -	Coleta de amostras biológicas segundo informação das práticas sexuais dos participantes.....	143
Gráfico P2 -	Percentual de tratamentos padronizados de acordo com a nota técnica do projeto-piloto.....	151

LISTA DE TABELAS

Tabela R1 -	Distribuição dos CTA nas macrorregiões e Unidades Federativas.....	41
Tabela R2 -	Distribuição dos CTA segundo instância gestora do serviço.....	42
Tabela R3 -	Caracterização do CTA segundo quanto a ser um serviço isolado no mesmo espaço físico ou estar associado a outro tipo de serviço no mesmo imóvel.....	43
Tabela R4 -	Tipologia dos serviços de saúde que funcionam no mesmo espaço físico do CTA.....	43
Tabela R5 -	Distribuição dos CTA segundo sua característica física – CTA puro, CTA/SAE e CTA com outro serviço de saúde.....	44
Tabela R6 -	Distribuição dos CTA segundo estrutura física de atendimento, sala de coleta e laboratório próprio.....	45
Tabela R7 -	Distribuição dos CTA segundo existência de sala de vacina e sua modalidade.....	45
Tabela R8 -	Distribuição dos CTA segundo existência de Farmácia/UDM e sua modalidade....	47
Tabela R9 -	Distribuição dos CTA segundo características da estrutura laboratorial.....	50
Tabela R10 -	Distribuição dos CTA segundo referência laboratorial.....	52
Tabela R11 -	Profissionais de nível médio/técnico do quadro de trabalhadores nos CTA.....	53
Tabela R12 -	Profissionais de nível superior (exceto médicos) do quadro de trabalhadores nos CTA.....	54
Tabela R13 -	Distribuição dos CTA segundo o número de profissionais de nível superior (exceto médicos).....	54
Tabela R14 -	Especialidades médicas do quadro de trabalhadores nos CTA.....	55
Tabela R15 -	Distribuição dos CTA segundo existência de referência formal para HIV e aids, hepatites virais, IST, tuberculose e gestante.....	59
Tabela R16 -	Distribuição dos CTA segundo a articulação intersetorial.....	63
Tabela R17 -	Distribuição dos CTA segundo a disponibilização de insumos para redução de danos.....	67
Tabela R18 -	Distribuição dos CTA segundo oferta de exames laboratoriais para sífilis (teste treponêmico e não treponêmico).....	71
Tabela R19 -	Distribuição dos CTA segundo o tipo de abordagem diagnóstica para clamídia e gonococo.....	71
Tabela R20 -	Distribuição dos CTA segundo a testagem para clamídia e gonococo.....	72
Tabela R21 -	Distribuição dos CTA segundo realização de exame de rastreamento de CT/NG e câncer de colo uterino em PVHA.....	72
Tabela R22 -	Distribuição dos CTA segundo as principais atividades realizadas para tuberculose.....	73
Tabela R23 -	Distribuição dos CTA segundo exames para diagnóstico de tuberculose.....	74
Tabela R24 -	Distribuição dos CTA segundo solicitação de exames de acompanhamento e coleta de carga viral para HIV.....	75
Tabela R25 -	Principais exames complementares disponíveis para acompanhamento clínico da infecção pelo HIV nos CTA que solicitavam exames de avaliação inicial.....	75
Tabela R26 -	Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de HIV e aids.....	76
Tabela R27 -	Distribuição dos CTA segundo prescrição de TARV e dispensação de ARV.....	77
Tabela R28 -	Distribuição dos CTA segundo solicitação de CV para hepatite B e C e realização de coleta.....	77
Tabela R29 -	Distribuição dos CTA segundo solicitação de exames complementares para acompanhamento clínico de hepatites virais.....	78

Tabela R30 - Principais exames disponíveis para acompanhamento clínico de hepatite B e C nos CTA que solicitam exames iniciais.....	78
Tabela R31 - Distribuição dos CTA segundo realização de prescrição inicial para tratamento de hepatite B e C.....	79
Tabela R32 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de Hepatite B.....	79
Tabela R33 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de Hepatite C.....	80
Tabela R34 - Distribuição dos CTA segundo aplicação de penicilina G benzatina e público tratado.....	81
Tabela R35 - Distribuição dos CTA segundo acompanhamento, encaminhamento e serviços de referência de sífilis para população geral.....	81
Tabela R36 - Distribuição dos CTA segundo acompanhamento, encaminhamento e serviços de referência de sífilis para gestantes.....	82
Tabela R37 - Distribuição dos CTA segundo a realização de prescrição inicial para tuberculose acompanhamento de ILTB.....	84
Tabela R38 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de tuberculose.....	84
Tabela R39 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de ILTB.....	85
Tabela R40 - Distribuição dos CTA segundo realização de atividade extramuros.....	86
Tabela R41 - Distribuição dos CTA segundo realização de notificação à vigilância epidemiológica e os agravos/situações notificados(as).....	89
Tabela R42 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para o HIV.....	91
Tabela R43 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para o HIV....	91
Tabela R44 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para as hepatites virais.....	92
Tabela R45 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para as hepatites virais.....	93
Tabela R46 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para sífilis.....	94
Tabela R47 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para as IST.....	96
Tabela R48 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para as IST....	96
Tabela R49 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para a tuberculose.....	97
Tabela R50 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para a tuberculose.....	98
Tabela P1 - Distribuição dos testes rápidos moleculares de CT/NG por Centro de Testagem e Aconselhamento participante.....	138
Tabela P2 - Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual e populações específicas.....	139
Tabela P3 - Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo as práticas sexuais informadas.....	140
Tabela P4 - Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo as indicações para utilização de teste rápido molecular para detecção de clamídia/gonococo.....	141
Tabela P5 - Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo sinais e sintomas de IST e sexo biológico.....	141
Tabela P6 - Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo identidade de gênero, orientação sexual, populações específicas e indicações de testagem para clamídia e gonococo.....	142

Tabela P7 -	Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo tipo de amostra coletada.....	143
Tabela P8 -	Distribuição percentual dos testes realizados, segundo tempo de entrega do resultado.....	144
Tabela P9 -	Distribuição percentual dos testes realizados, segundo tempo de entrega do resultado e indicação de testagem.....	144
Tabela P10 -	Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo agente etiológico e indicações de testagem.....	145
Tabela P11 -	Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo agente etiológico e tipos de amostras biológicas.....	146
Tabela P12 -	Distribuição percentual dos participantes com resultados positivos para clamídia/gonococo, segundo raça/cor, faixa etária, sexo biológico, populações específicas (HSH) e situações de rastreamento.....	147
Tabela P13 -	Distribuição dos participantes segundo sexo biológico e resultado do teste rápido molecular para clamídia e gonococo.....	148
Tabela P14 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo abordagem terapêutica.....	149
Tabela P15 -	Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo modalidade de abordagem terapêutica.....	150
Tabela P16 -	Distribuição percentual da disponibilidade de medicamento para tratamento de IST nos Centros de Testagem e Aconselhamento.....	152
Tabela P17 -	Dispensação e consumo de testes rápido imuno cromatográfico de quarta geração por CTA participante.....	156
Tabela P18 -	Distribuição percentual dos participantes do projeto, segundo idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual e populações específicas.....	157
Tabela P19 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo motivos para a realização de teste rápido para HIV.....	159
Tabela P20 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente.....	161
Tabela P21 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo resultado do teste rápido de anticorpos e anticorpo.....	161
Tabela P22 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente e resultado do teste rápido antígeno e anticorpo.....	162
Tabela P23 -	Distribuição percentual dos participantes, segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente, resultado do teste rápido antígeno e anticorpo e solicitação de teste complementar - carga viral HIV.....	162
Tabela P24 -	Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV (n=86), segundo testes rápidos de anticorpos e teste rápido de 4º geração utilizados.....	163
Tabela P25 -	Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV, segundo raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, escolaridade e populações específicas.....	164
Tabela P26 -	Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV, segundo os motivos de testagem.....	165
Tabela P27 -	Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico nos Centro de Testagem e Aconselhamento participantes.....	165
Tabela P28 -	Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, no ano de 2022.....	166

Tabela P29 -	Distribuição Percentual dos casos de aids notificados no Sinan, segundo raça/cor no ano de 2022.....	166
Tabela P30 -	Distribuição Percentual dos casos de aids notificados no Sinan, segundo nível de aprendizado adquirido no ano de 2022.....	166
Tabela A1 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para cada variável de equidade e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	177
Tabela A2 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de atividades de capacitação/educação permanente e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	178
Tabela A3 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ações extramuro e parcerias nas ações a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	179
Tabela A4 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de disponibilização e ações de prevenção com PrEP e PEP e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	180
Tabela A5 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de tipos de testagem e a quantidade média de CTA que disponibilizam esse tipo de serviço no estabelecimento nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	180
Tabela A6 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ofertas de medicamentos e serviços e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	181
Tabela A7 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de encaminhamento, compartilhamento e acompanhamento que os CTA podem realizar e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	182
Tabela A8 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de interação rotineira e integração e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	186

Tabela A9 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de capacidade de atendimento médio e a quantidade média nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	186
Tabela A10 -	Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ações de prevenção e ações para tuberculose e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.....	187

LISTA DE FIGURAS

Figura M1 - Etapas da elaboração do instrumento de coleta de dados.....	35
Figura M2 - Etapas para o acesso, o preenchimento, a finalização e o monitoramento do questionário.....	36
Figura R1 - Algoritmo da aplicação do questionário de diagnóstico situacional nos serviços identificados como CTA.....	39
Figura R2 - Distribuição dos CTA segunda a taxa de resposta por macrorregiões e Unidades Federativas.....	40
Figura R3 - Ações da carteira mínima e ampliada de HIV contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.....	90
Figura R4 - Ações da carteira mínima e ampliada de hepatite B e C contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.....	92
Figura R5 - Ações da carteira mínima de sífilis contida no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.....	94
Figura R6 - Ações da carteira mínima e ampliada de IST contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.....	95
Figura R7 - Ações da carteira mínima e ampliada de tuberculose contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.....	96
Figura E1 - Etapas do processo de reestruturação dos CTA.....	112
Figura A1 - Indicadores de avaliação do impacto da reestruturação dos CTA.....	172
Figura A2 - Teoria da Mudança com os insumos, atividades, produtos, resultados iniciais e finais do projeto Cuida CTA.....	173

LISTA DE QUADROS

Quadro R1 -	Fluxogramas padronizados no Manual Técnico de Diagnóstico da Infecção pelo HIV de acordo com o questionário “Censo CTA”	68
Quadro R2 -	Síntese das ações menos frequentes das carteiras mínima e ampliada por agravo.....	98
Quadro E1 -	Critérios utilizados para escolha dos CTA para a fase de reestruturação.....	111
Quadro E2 -	Distribuição dos CTA escolhidos segundo macrorregião e unidades federativas.....	112
Quadro E3 -	Programação padrão das oficinas presenciais.....	115
Quadro E4 -	Agenda das oficinas presenciais por CTA (1º visita).....	116
Quadro E5 -	Agenda das oficinas presenciais por CTA (2º visita).....	117
Quadro E6 -	Temas das capacitações e número de participantes por CTA.....	117
Quadro E7 -	Participação das áreas técnicas do Dathi/SVSA/MS nas oficinas presenciais de reestruturação dos CTA.....	119
Quadro E8 -	Principais resultados da reestruturação do Instituto de Medicina Tropical (IMTC) de Coari.....	120
Quadro E9 -	Principais resultados da reestruturação do CTA de Tefé.....	121
Quadro E10 -	Principais resultados da reestruturação do CTA de Belém.....	122
Quadro E11 -	Principais resultados da reestruturação do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP).....	123
Quadro E12 -	Principais resultados da reestruturação do CTA de Pinheiro.....	124
Quadro E13 -	Principais resultados da reestruturação do CTA de Caruaru.....	125
Quadro E14 -	Principais resultados da reestruturação do Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT) de Goiânia.....	126
Quadro E15 -	Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE Grande Terceiro de Cuiabá.....	127
Quadro E16 -	Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Barbacena.....	128
Quadro E17 -	Principais resultados da reestruturação do Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza.....	129
Quadro E18 -	Principais resultados da reestruturação da Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis.....	130
Quadro E19 -	Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Guarapuava.....	131
Quadro E20 -	Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Canoas.....	131
Quadro E21 -	Principais resultados da reestruturação do Ambulatório DST/Aids de Concórdia.....	132
Quadro P1 -	Protocolo de tratamentos orientados pela nota técnica do projeto piloto.....	150

APRESENTAÇÃO



REDE DE PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRAL DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

APRESENTAÇÃO

Este livro tem por finalidade apresentar os processos e resultados alcançados do projeto intitulado "Rede de Prevenção e Cuidado Integral de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)", executado no âmbito do Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde). Foi um projeto demandado à equipe do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis agora denominado Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (Dathi/SVSA/MS).

O objetivo deste projeto consistiu no fortalecimento e qualificação das ações da rede de prevenção e cuidados destinados ao HIV/Aids, à Tuberculose, às Hepatites Virais e as IST, com a missão de garantir o acesso universal aos serviços e atenção integral que englobam a testagem, o aconselhamento, o diagnóstico e a vinculação dessas condições.

Na primeira parte do livro apresentaremos um diagnóstico situacional dos CTA de todo o território nacional. Os resultados obtidos por meio de um questionário *online* sistematizaram o conhecimento sobre a situação atual desses serviços sob o ponto de vista da sua estrutura física e de recursos humanos, da população atendida, das ações de prevenção e diagnóstico e da articulação com a rede de saúde e a rede intersetorial.

Na segunda parte do livro descreveremos o processo de reestruturação de 14 CTA com foco na ampliação da carteira de serviços voltada aos cuidados de HIV/Aids, à Tuberculose, às Hepatites Virais e as IST. Essa iniciativa procurou apoiar os serviços na incorporação de atividades relacionadas à Prevenção Combinada e fortalecer a inserção dos CTA junto a Rede de Atenção à Saúde locorregional, em especial à Atenção Primária em Saúde.

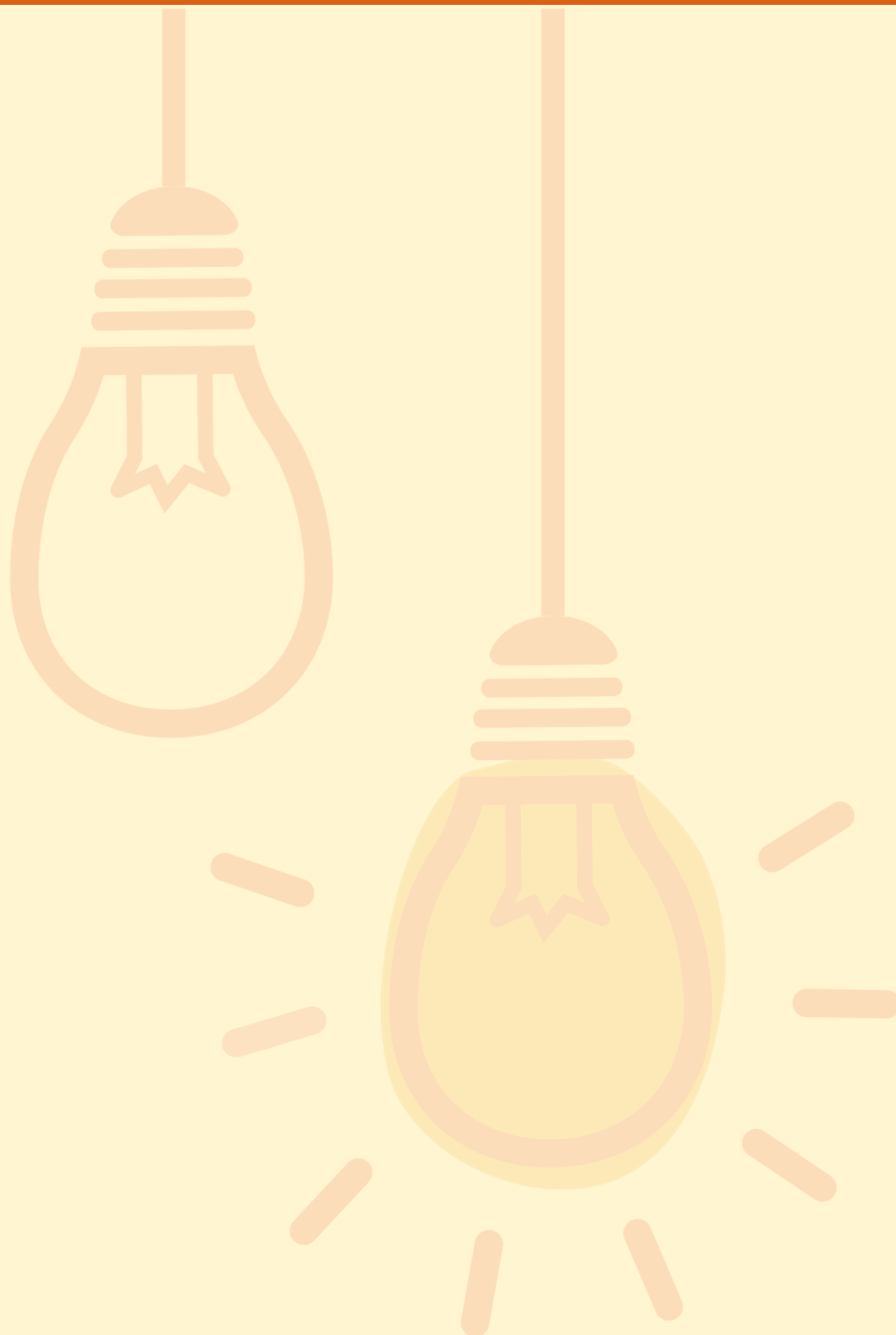
Na terceira parte do livro divulgaremos os resultados de dois projetos-piloto: 1. "Rede piloto de utilização de teste rápido molecular para detecção de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*" para avaliação da implementação da abordagem etiológica para o manejo das IST; e 2. "Projeto piloto da utilização do teste rápido imuno cromatográfico de quarta geração para detecção de anticorpos anti-HIV 1/2 e antígeno p24 (TR Ag/Ac)" com objetivo de avaliar a aplicabilidade e usabilidade do teste rápido que detecta antígeno e anticorpos (TR Ag/Ac) do HIV na rotina de trabalho, a adesão por parte dos serviços e o impacto da nova estratégia no cotidiano do CTA.

Na quarta parte do livro, descreveremos uma avaliação de impacto do processo de reestruturação dos 14 CTA com objetivo de verificar mudanças significativas em indicadores de efetividade e equidade dos serviços participantes.

Por fim, na quinta parte do livro apresentaremos a vivência dos CTA ao longo do projeto de reestruturação, sob a ótica dos gestores e seus trabalhadores. Os textos apresentados foram elaborados em formato de narrativa e expressam as opiniões e experiências dos próprios autores com relação à indicação do CTA para participação no projeto, à elaboração da matriz de avaliação e intervenção e os resultados obtidos durante esse processo.

Essa publicação reforça a importância dos CTA para a promoção da equidade e do acesso à prevenção e ao diagnóstico de HIV/Aids, à Tuberculose, às Hepatites Virais e as IST. Com isso, almejamos contribuir de maneira significativa para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados pelos CTA, promovendo a disseminação das melhores práticas e o fortalecimento da rede de prevenção e cuidado integral das doenças crônicas e IST em todo o território brasileiro.

INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

Atualmente a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) configura-se como um grande desafio de saúde pública no mundo. No Brasil ao longo desses 40 anos de epidemia é possível observar o aumento de sua prevalência, especialmente entre os jovens e algumas populações vulnerabilizadas, verificando-se uma concentração da epidemia nessas populações.

Os avanços da última década, como a crescente disponibilidade de recursos tecnológicos para a prevenção e tratamento das Pessoas Vivendo com o HIV e Aids (PVHA), trouxeram uma expectativa em relação ao fim dessa epidemia, entretanto ainda persistem desafios. Entretanto, o acesso a esses recursos permanece notavelmente desigual, resultando em uma distribuição desproporcional das infecções, dos casos de adoecimento e, conseqüentemente, dos óbitos (CALAZANS et al., 2023).

As barreiras de acesso em decorrência de contextos de extrema vulnerabilidade, dentre elas, a pobreza, o sexismo, o racismo, o estigma e a discriminação resultam em um aumento na morbimortalidade pela aids nesses grupos populacionais. Assim, a mudança desse cenário necessita de políticas públicas alicerçadas pela universalidade, equidade e integralidade que, juntamente com a mobilização da sociedade civil e trabalhadores de saúde, promova a construção de estratégias de enfrentamento para respostas mais efetivas às necessidades de saúde e, ao mesmo tempo, o empoderamento dessas pessoas (ONU BRASIL, 2023).

Breve histórico da infecção do HIV no Brasil

O início dos anos 1980 testemunhou o surgimento da epidemia de aids, trazendo desafios significativos que exigiram esforços globais para entender o vírus e implementar estratégias eficazes de combate. Os primeiros casos de aids foram registrados em grupos marginalizados e estigmatizados, como a comunidade gay, usuários de drogas e trabalhadoras sexuais. Por afetarem especificamente estes grupos, as respostas foram tardiamente construídas e muitas vezes inadequadas. Esta situação gerou diversas críticas ao poder público, com importante influência das comunidades mais afetadas para construção de respostas sociais e políticas que combatessem o estigma e discriminação (PAIVA, 2002; CALAZANS, 2023).

Movimentos sociais e programas governamentais foram estabelecidos para enfrentar a epidemia, incluindo a criação das primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs/Aids) e do Programa Nacional de DST e Aids no Brasil. A criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, constituiu-se uma base institucional vital para o combate contínuo à epidemia (BERKMAN et al., 2005; PARKER, 2020). Internacionalmente, em meados da década de 1990, destaca-se a instituição do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids com o objetivo de organizar respostas conjuntas para a aids em nível mundial. No Brasil, o Programa Nacional tornou-se mais robusto, com maior aporte de recursos financeiros que, aliado ao sucesso nas pesquisas mundiais de medicamentos antiretrovirais para o tratamento da aids, permitiu o acesso

gratuito à terapia antirretroviral (TARV) em 1996 (CALAZANS et al., 2023; HALLAL et al., 2010).

O Brasil se destacou como pioneiro na implementação de políticas de acesso universal à TARV. A Lei nº 9.313 de 1996 (BRASIL, 1996), assegurou o acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais no SUS. Essa abordagem pioneira influenciou o movimento global pelo acesso ao tratamento, destacando o papel dos direitos humanos na saúde pública (GALVÃO, 2002; BARROS, 2018; PARKER, 2020).

Os anos 2000 testemunharam a consolidação do acesso universal ao tratamento de HIV/Aids no Brasil, com ênfase nos direitos humanos e na integração da prevenção ao SUS. A descentralização dos cuidados e a expansão da abordagem biomédica marcaram o enfrentamento da epidemia neste período (CALAZANS et al., 2023). A prevenção combinada, entendida como a conjugação de diversas estratégias de prevenção – biomédica, comportamental e estrutural – singularizada para os indivíduos, suas relações e o grupo social em que está inserido, ganha espaço enquanto estratégia no SUS a partir de 2013 com a atualização do protocolo clínico de manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2017a). Do ponto de vista político-institucional, esse conceito surge num período de consolidação do “tratamento para todas as pessoas” e a adesão do Brasil à Declaração de Paris com metas específicas para diagnóstico e tratamento das pessoas com HIV (BRASIL, 2017a). No entanto, desafios persistentes, como altas taxas de mortalidade e acesso limitado a estratégias de prevenção, destacaram a necessidade contínua de inovação e intervenção (GRANGEIRO et al., 2015).

A Implementação e o papel do CTA

No Brasil, a prática da testagem para o HIV teve início na década de 1980, coincidindo com o registro dos primeiros kits de diagnóstico pela *Food and Drug Administration* (FDA) dos EUA no mesmo ano (GRANGEIRO et al., 2009). Essa introdução levou os profissionais de saúde a lidarem com diversas questões relacionadas à realização do teste e às implicações decorrentes dos resultados, conforme estabelecido pelas diretrizes do país (BRASIL, 2000).

Diante desse cenário, surgiram questionamentos relevantes, tais como: Como abordar o paciente durante o processo de testagem? Quais são as melhores práticas para fornecer apoio emocional em caso de resultados reagentes? Como orientar os indivíduos sobre os passos a serem seguidos após receberem o diagnóstico da infecção pelo HIV? Essas questões destacam a complexidade e a necessidade de abordagens sensíveis e eficazes para lidar com os desdobramentos da testagem para o diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto de saúde no Brasil (BRASIL, 2000).

Esses exames foram disponibilizados para uso na rotina dos bancos de sangue (1987) e nos serviços de referência para tratamento de aids. Logo em seguida (1987/88), começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico – COAS (BRASIL, 2000), que anos mais tarde foram nomeados de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), tendo como principais ações: a oferta de testagem sorológica anti-HIV de forma confidencial e anônima; a educação em saúde e o

aconselhamento para todas as pessoas que buscassem o serviço (BRASIL, 2017b). O serviço deveria voltar-se, prioritariamente, aos segmentos populacionais de maior risco para a infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras do sexo e pessoas usuárias de drogas injetáveis, pois se considerava que essas pessoas teriam um papel importante no controle da expansão da epidemia adotando comportamentos mais seguros, a fim de evitar que se infectassem ou transmitissem o vírus para seus parceiros e parceiras (BRASIL, 2000).

Na época, a principal recomendação era a implantação dos CTA em locais de grande fluxo de pessoas e que fossem unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde, sendo compostas por equipes próprias e multiprofissionais (BRASIL, 2017b). O objetivo principal da oferta da prevenção e do aconselhamento para o HIV/aids era interromper a cadeia de transmissão do vírus, o que deveria ser promovido pela realização de diagnóstico precoce das pessoas infectadas e seus(suas) parceiros(as); pela absorção de pessoas que buscavam bancos de sangue para realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento; pela distribuição de insumos de prevenção e informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento das pessoas com diagnóstico da infecção pelo HIV aos serviços de referência e aos grupos de base comunitária das organizações da sociedade civil que trabalhavam com o tema (BRASIL, 2010a).

Na década de 1990, os CTA se tornaram referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em HIV/aids para a população geral e os segmentos populacionais considerados em situação de maior risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2017b). As ações de testagem e aconselhamento passaram a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias ofertadas no campo da prevenção. No caso das hepatites virais, a inclusão da testagem nos CTA se deu a partir de 2004, o que implicou na reestruturação da rede de referência, na capacitação dos(das) trabalhadores(as) sobre os modos de transmissão, na adoção de medidas de controle e na interpretação dos marcadores imunológicos (BRASIL, 2010a; 2017b).

Neste contexto, os CTA são serviços de saúde que, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, das hepatites B e C, da sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). É um serviço de porta aberta para que a população tenha acesso ao diagnóstico precoce de IST, ao mesmo tempo em que possibilita o contato com grupos que se encontram em situação de maior risco e vulnerabilidade. Dessa forma, os CTA desempenham um papel fundamental no enfrentamento da epidemia de HIV/aids, desdobrando-se como pontos estratégicos no combate à doença (BRASIL, 2017b).

Os desafios dos CTA

A abordagem dos riscos e vulnerabilidades associados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), ao HIV/aids e às hepatites virais representa um desafio significativo no contexto da prevenção. Essa empreitada demanda uma atenção especial, pois requer a

superação de obstáculos e restrições para promover diálogos abertos sobre as experiências cotidianas da sexualidade e sua relação com os serviços de saúde. É imperativo explorar de maneira abrangente as complexidades desse tema, considerando não apenas os desafios encontrados, mas também as oportunidades para uma prevenção mais eficaz e inclusiva (BRASIL, 2017b).

É crucial reconhecer que a sexualidade é influenciada por valores, culturas e desigualdades, e que a abordagem das vivências sexuais deve contemplar formas de superar estigmas e preconceitos associados a perspectivas heteronormativas. A discussão sobre a sexualidade deve incluir questões de identidade de gênero e orientação sexual, de modo a compreender as diversas experiências sexuais e processos identitários existentes, a fim de acolher adequadamente a diversidade e singularidade de cada indivíduo. No que diz respeito às novas intervenções biomédicas para a prevenção combinada do HIV e outras IST, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), é necessário adotar uma abordagem que não se restrinja apenas às medidas biomédicas, evitando deixar de lado o corpo e o aspecto da sexualidade. A ausência do tema da sexualidade no dia a dia das pessoas pode levar a julgamentos morais e valores, afetando diretamente a sensação de acolhimento (BRASIL, 2017b).

Outro ponto relevante a ser considerado é a relação entre o uso de álcool e/ou outras drogas e as IST, HIV e hepatites virais. Mesmo quando utilizado de forma esporádica, o consumo dessas substâncias pode representar um fator de risco para a ocorrência dessas doenças, especialmente por meio de transmissão sexual, devido à tendência de relaxamento em relação aos métodos de prevenção.

Ao longo dos mais de 40 anos de epidemia, a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e, em paralelo, o avanço do cuidado e a simplificação do tratamento incidiram na mudança do modelo de prevenção, a fim de responder a uma concepção de cuidado não mais centrada apenas nas ações de atenção e tratamento, mas, sobretudo, que incorporasse a promoção da qualidade de vida e a intervenção em fatores de vulnerabilidade. Observou-se que o modelo centrado unicamente em serviços especializados apresentava deficiências e viu-se a necessidade de ampliar o acesso às ofertas no campo da prevenção, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Além disso, foi necessário qualificar as estratégias do campo da prevenção, incluindo intervenções mais focadas ou específicas para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade e voltadas à melhoria da qualidade de vida das PVHA.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), como serviços especializados na prevenção do HIV, IST e hepatites virais, desempenham um papel estratégico na implementação das ações de Prevenção Combinada. Isso requer uma integração eficaz dessas intervenções nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para tanto, é fundamental redefinir as atribuições dos CTA dentro das RAS, levando em consideração as diversas realidades, contextos locais e capacidades de resposta. O objetivo é fornecer a maior possibilidade de recursos terapêuticos para atender as necessidades das populações-chave e prioritárias. Os CTA desempenham um papel crucial ao facilitar a incorporação das ações de Prevenção Combinada nas RAS, com ênfase na descentralização dos serviços de testagem e aconselhamento para HIV, sífilis, hepatites B e C na Atenção Primária à

Saúde. Isso visa também melhorar as estratégias de prevenção, superando o modelo centrado em serviços especializados. Destaca-se que a ampliação das ações de testagem e prevenção para a serviços da Atenção Primária é essencial, contribuindo para o controle da transmissão vertical, o registro de novos casos e a identificação de importantes coinfeções, como HIV/hepatites B e C, HIV/tuberculose, HIV/sífilis e/ou outras IST (BRASIL, 2017b).

Assim, segundo as diretrizes operacionais para o funcionamento dos CTA no âmbito da prevenção combinada e das redes de atenção à saúde, recomenda-se que esses serviços, de acordo com suas possibilidades, contextos locais e capacidade de resposta, tenham como propósitos essenciais (BRASIL, 2017b):

- Fortalecer a atenção às populações-chave e populações prioritárias para a epidemia do HIV;
- Fortalecer o atendimento em relação às hepatites virais;
- Aprimorar o acesso dos(as) usuários(as) aos insumos de prevenção e o incentivo ao uso dos preservativos interno e externo e gel lubrificante;
- Diagnosticar e tratar a sífilis e realizar o manejo integral das demais IST, seja com ou sem laboratório – conforme o protocolo clínico ou realizar encaminhamento seguro e compartilhado para o respectivo diagnóstico e tratamento;
- Ofertar e ampliar as profilaxias pré e pós-exposição ao HIV, hepatites virais e IST;
- Ofertar ou referenciar a vacina hepatite B e HBIg (Imunoglobulina Humana Específica Anti-hepatite B);
- Propiciar diagnóstico oportuno e vinculação para tratamento do HIV e para a triagem e vinculação das pessoas com hepatites B e C;
- Ser referência para o apoio matricial¹ junto aos serviços da APS;
- Fazer a vinculação dos casos diagnosticados com infecção pelo HIV e hepatites B e C aos serviços de referência e se corresponsabilizar pela retenção e adesão ao tratamento;
- Contribuir para a construção de estratégias de educação em saúde que envolvam a comunidade;
- Trabalhar com a diretriz da Redução de Danos para o cuidado integral das pessoas que usam drogas, silicone industrial e hormônios;
- Constituir parcerias com instituições locais (ONG, universidades, escolas e outros), visando a realização de atividades de prevenção que contribuam para a ampliação do acesso, adesão à prevenção e cuidado ao HIV e às demais IST;
- Notificar os casos de HIV, hepatites B e C e sífilis e estabelecer os respectivos fluxos juntamente com a área de vigilância epidemiológica local;
- Produzir informações para o planejamento das ações de enfrentamento e controle das IST, HIV e hepatites virais em nível local (BRASIL, 2017b).

¹ tecnologia que assegura retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, ou seja, uma metodologia de trabalho que oferece tanto retaguarda assistencial (ação clínica direta com usuário) quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (apoio educativo com e para a equipe) (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010c).

Mais recentemente, o Ministério da Saúde tem-se utilizado do conceito de linha de cuidado para organizar a rede de saúde para o cuidado das pessoas sob o princípio da integralidade. As linhas de cuidado organizam o atendimento e descrevem a trajetória que o paciente deve percorrer no SUS, com a integração dos serviços de Atenção Primária com os serviços de Atenção Especializada, de modo a agregar ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação e assegurar o acesso a todos os recursos que o usuário necessita. A Atenção Primária destaca-se nesse arranjo assistencial, por assumir a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010b).

Diante da lógica assistencial construída a partir do conceito das linhas de cuidado, das mudanças do contexto epidemiológico, com destaque à epidemia concentrada em alguns grupos populacionais, e das características de condição crônica da infecção do HIV, o MS tem discutido o papel dos CTA com objetivo desses serviços incorporarem as novas tecnologias necessárias diante deste atual cenário.

Apesar da potencialidade dos CTA para atuar com populações vulnerabilizadas/estigmatizadas e para fortalecer/apoiar matricialmente a RAS na implantação de ações da prevenção combinada, muitos desafios estão presentes, dentre eles: dificuldades de inclusão de intervenções comunitárias dentre as ações preventivas, dificuldades na vinculação à RAS (referência e contrarreferência), baixa produtividade, com poucos testes de HIV realizado em relação à capacidade instalada (GRANGEIRO et al., 2009).

O Projeto “Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente Cuida-CTA”

Dentro desse contexto, o projeto “Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente” - Cuida-CTA, executado no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional (Proadi-SUS), entre Dathi/SVSA/MS e o Hospital Israelita Albert Einstein, objetivou a reestruturação de alguns CTA diante da necessidade de novas atribuições para estes serviços. Para isso, três linhas de ação foram desencadeadas:

1. Identificar e analisar a oferta da carteira de serviços dos CTA integrada à rede de atenção primária para atender às necessidades de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial as pessoas em situação de maior vulnerabilidade ao HIV e Aids, IST, Hepatites Virais e Tuberculose.
2. Ofertar capacitação para os trabalhadores de saúde e gestores, com foco na melhoria do acesso e acolhimento das populações, em situação de maior vulnerabilidade ao HIV e Aids, IST, Hepatites Virais e Tuberculose, na gestão clínica de casos, vigilância em saúde e organização da rede de serviços.
3. Organizar pontos de atenção, integrando ações de vigilância em saúde, prevenção, assistência e intervenções de base comunitária no território adjacente.

A análise da carteira de serviços dos CTA e o diagnóstico situacional foram obtidos por meio de questionário online, denominado “Censo-CTA”. A organização dos pontos de atenção ocorreu na reestruturação de 14 CTA no território nacional com a oferta de capacitações de acordo com as necessidades locais/regionais. Tanto os resultados do

“Censo-CTA”, quanto a descrição do processo de reestruturação destes serviços são apresentados nesta publicação.

Referências bibliográficas:

BARROS, S.G. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Edufba, 2018.

BERKMAN, A.; GARCIA, J.; MUÑOZ-LABOY, M.; PAIVA, V.; PARKER, R. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American Journal of Public Health*, v. 95, n. 7, p. 1162–1172, 2005.

BRASIL. Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. *Diário Oficial da União*, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. 4º edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

CALAZANS, G. J.; PARKER, R.; TERTO JUNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5a década da epidemia: lições da história social da Aids. *Saúde em Debate*, v. 46, p. 207–222, 2023.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n.2, p. 399-407, 2007.

GALVÃO, J. Public health access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet*, 360 (9348), p.1862-1865, 2002.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.; WOLFFENBÜTTEL, K.; PUPO, L.R.; NEMES M.I.B.; MONTEIRO, P.H.N. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 427–436, 2009.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A reemergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 52, p. 5–8, 2015.

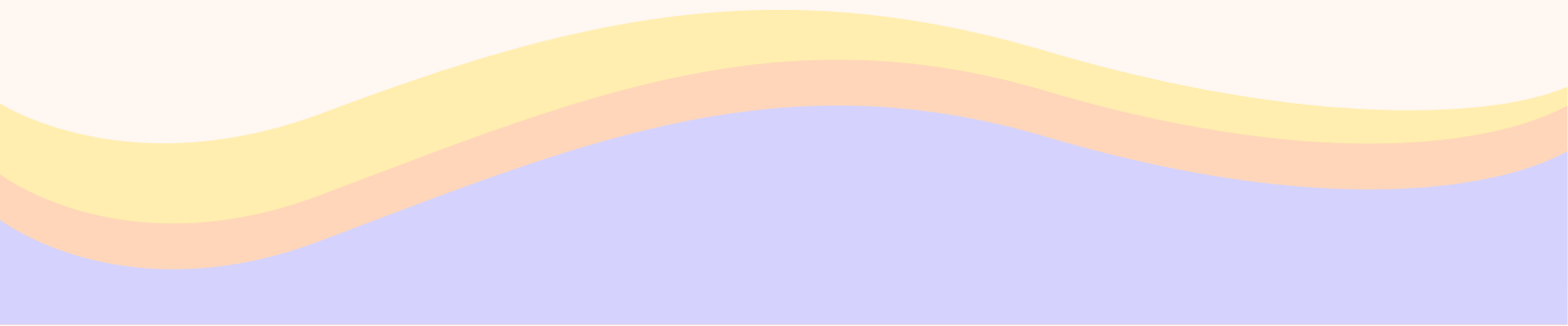
HALLAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D.; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*, v.4, n.2 p. 53–66, 2010.

ONU BRASIL. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil [internet]. [acesso em 01 setembro 2023]. Disponível em: < <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>.

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

PARKER, R. AIDS Crisis and Brazil. In: *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*, p. 1–24, 2020. Disponível em: <<https://oxfordre.com/latinamericanhistory/view/10.1093/acrefore/9780199366439.001.0001/acrefore-9780199366439-e-865>>

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CTA - CENSO-CTA



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CTA (CENSO CTA)

O diagnóstico situacional dos CTA se insere no contexto da necessidade de se aprofundar os conhecimentos sobre a atuação destes serviços, tanto com relação a sua estrutura física e de recursos humanos, quanto das atividades desenvolvidas no âmbito da prevenção e diagnóstico da infecção pelo HIV, hepatites virais, outras infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose. Este diagnóstico foi fundamental para a análise comparativa da carteira de serviço preconizada pelo Dathi/SVSA/MS e para a identificação de CTA que seriam elegíveis para a fase de reestruturação conforme proposta do projeto “Cuida-CTA”.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo e Seleção dos Serviços de Saúde

Realizou-se uma pesquisa de natureza descritiva e quantitativa para obtenção de um diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Este estudo incluiu o universo de serviços de saúde identificados como CTA na base de dados do Ministério da Saúde – Dathi/SVSA/MS. A partir desta base, as Coordenações Estaduais e Municipais de HIV/Aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais foram orientadas a atualizar a relação de serviços para participação no projeto, conforme Circular Ofício nº 25/2022/CGAHV/DCCI/SVS/MS.

Instrumento de coleta de dados

O diagnóstico situacional dos CTA, em âmbito nacional, envolveu a elaboração de um questionário online capaz de captar as principais dimensões: estrutura física e de recursos humanos, perfil do público atendido, atividades relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids, das hepatites virais, das IST e da tuberculose, utilização de sistemas de informação, ações de vigilância em saúde e os aspectos organizacionais/gerenciais dos serviços de saúde. O questionário online era composto por 85 perguntas de múltipla escolha e 9 perguntas abertas, dividido nos seguintes eixos temáticos:

- Eixo I: Identificação do CTA/estabelecimento, incluindo informações básicas sobre localização, estrutura administrativa e contatos;
- Eixo II: Aspectos relacionados ao funcionamento do serviço e à estrutura física disponível;
- Eixo III: Formação e qualificação profissional, bem como a composição das equipes que atuam nos CTA;
- Eixo IV: Atividades intersetoriais, parcerias e articulações com a rede assistencial de saúde;
- Eixo V: Perfil do público atendido e tipos de atendimentos realizados no CTA/estabelecimento;

- Eixo VI: Atividades realizadas pelos CTA, desde ações gerais até atividades relacionadas aos agravos específicos (HIV/Aids, hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose),
- Eixo VII: Sistemas de informação utilizados e Ações de Vigilância Epidemiológica.
- Eixo VIII: Estrutura laboratorial disponível nas instituições.
- Eixo IX: Aspectos relacionados à gestão e à organização.

O conteúdo do questionário foi baseado em uma matriz já existente do Dathi/SVSA/MS e adaptado ao projeto CTA Proadi-SUS/Einstein. Após esta etapa, o instrumento de pesquisa foi submetido a duas validações conforme **Figura M1**.



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura M1: Etapas da elaboração do instrumento de coleta de dados.

A validação interna consistiu na revisão técnica realizada pelas equipes das áreas técnicas do Dathi/SVSA/MS e do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NEVS) da Fiocruz Brasília. Essa etapa permitiu melhorias no instrumento, com adequações de conteúdo conforme interesse das áreas técnicas participantes frente às diretrizes no Dathi/SVSA/MS e objetivos do projeto.

A validação externa teve a intencionalidade de averiguar a adequabilidade e pertinência das questões, na perspectiva dos CTA, nas diversas realidades epidemiológicas dos agravos de interesse (HIV/aids, hepatites virais, sífilis adquirida e tuberculose) e as diversas modalidades de CTA. Assim, elegeu-se algumas Unidades Federativas (UF) com as maiores e as menores taxas de detecção ou coeficientes de incidência dos agravos já mencionados. Após pactuação com o Dathi/SVSA/MS as UF escolhidas foram: Maranhão, Roraima, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Após a escolha dos estados, o Dathi/SVSA/MS enviou ofício circular a cada uma das UF solicitando a identificação de um tipo de CTA. procedeu-se com identificação das modalidades I, II e III com envio de ofício às coordenações estaduais. Dessa forma, os serviços que participaram desse processo foram:

- CTA Lira, no estado do Maranhão (MA).
- CTA/COAS Anil, no estado do Maranhão (MA).
- CTA/SAE Policlínica Oswaldo Cruz, no estado de Roraima (RR).
- CTA/SAE Tangará da Serra, no estado do Mato Grosso (MT).
- Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis, no Estado do Rio de Janeiro (RJ).
- CTA Santa Marta, no estado do Rio Grande do Sul (RS).

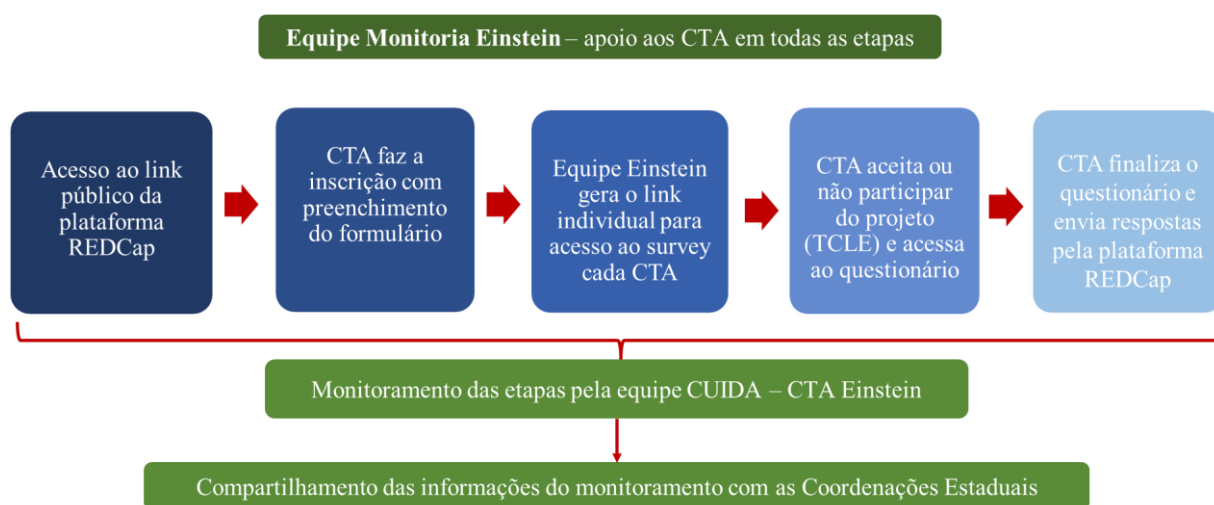
O instrumento passou por ajustes de acordo com as sugestões fornecidas, culminando na elaboração da versão final do questionário.

O questionário foi abrigado na plataforma REDCap (HARRIS, 2009; 2019). A equipe do projeto CTA Proadi-SUS/Einstein conduziu testes internos com o propósito de avaliar a adequação do instrumento na plataforma, validar o conteúdo em relação ao instrumento físico e garantir o armazenamento adequado das respostas.

O questionário completo pode ser encontrado no **Anexo 1**.

Recrutamento dos CTA no Diagnóstico Situacional Nacional

O processo de recrutamento dos CTA para participar do diagnóstico situacional em âmbito nacional está descrito conforme **Figura M2**:



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura M2: Etapas para o acesso, o preenchimento, a finalização e o monitoramento do questionário.

Um link público de acesso à plataforma REDCap foi criado e compartilhado com as coordenações estaduais de HIV/Aids, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais que, por sua vez, fariam a divulgação para os respectivos CTA. Este link funcionava como dispositivo de inscrição de um possível serviço participante. A equipe de monitoria do Einstein, ao receber a inscrição, conferia com a lista atualizada de CTA já enviada em etapas anteriores e somente após isso, era liberado um link individual para o serviço. O acesso ao questionário online só era possível, mediante concordância e assinatura do TCLE.

Todas as etapas descritas acima, incluindo o envio do questionário preenchido, eram acompanhadas pela equipe de monitoria do projeto. Para estimular o engajamento dos serviços para a participação no projeto foram desencadeadas algumas ações:

- Envio regular do status de participação dos CTA para cada coordenação estadual;
- Reuniões virtuais com as coordenações estaduais e os CTA para sensibilização e explicações sobre o projeto;
- Contato direto da equipe de monitoria do projeto com os serviços elegíveis (meio de canais como mensagens rápidas por aplicativo e e-mail) para garantir adesão, finalização e esclarecimento de dúvidas e

- Elaboração de material para apoiar na divulgação do projeto.

Análises dos dados do questionário online

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o software RStudio (TEAM, 2023), com o propósito de obter frequências absolutas e relativas. Quando necessário, foram aplicados testes estatísticos, tais como o teste *t-Student* e ANOVA para comparação de médias, bem como o teste qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas.

O plano de análise proposto foi apresentado e validado pelo Dathi/SVSA/MS com foco em dados contidos nas diretrizes operacionais vigentes (BRASIL, 2017) e na carteira de serviços preconizada para os CTA, conforme objetivos do projeto.

Elaboração de Ferramentas para garantia de qualidade nas respostas do questionário

No sentido de fortalecer a uniformidade das respostas dos CTA, foram elaborados manuais de apoio ao preenchimento do questionário online:

- Manual do Questionário online (Censo CTA): este manual continha informações complementares e explicações detalhadas sobre cada uma das perguntas formuladas no questionário para um melhor preenchimento. O material foi validado pelo Dathi/SVSA/MS e pelo NEVS da Fiocruz Brasília.
- Manual do REDCap: com o intuito de facilitar a utilização da plataforma, com instruções abrangentes para o primeiro acesso à plataforma e explicações detalhadas sobre suas principais funcionalidades.

Outra ação para a garantia de qualidade das respostas, foi o desenvolvimento de instrumento para identificação de inconsistências nas respostas do questionário, como por exemplo, a aplicação de vacina e ausência de espaço físico específico para isso, realização de testes rápidos e ausência de registro do quantitativo de testes realizados, dentre outros. Este instrumento foi elaborado dentro do próprio REDCap, denominado *data quality*. estas respostas inconsistentes eram comunicadas pela equipe de monitoria para os CTA para melhor contextualização de algumas respostas e quando necessário, sua correção na plataforma.

Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

O projeto de pesquisa passou pela análise do Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE, em virtude da sensibilidade ética associada ao instrumento de coleta de dados a ser utilizado. O Comitê de Ética em Pesquisa do HIAE avaliou o projeto com base nas diretrizes estabelecidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, e concedeu a aprovação para a realização da pesquisa (CAAE: 57906022.0.0000.0071).

RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS CTA

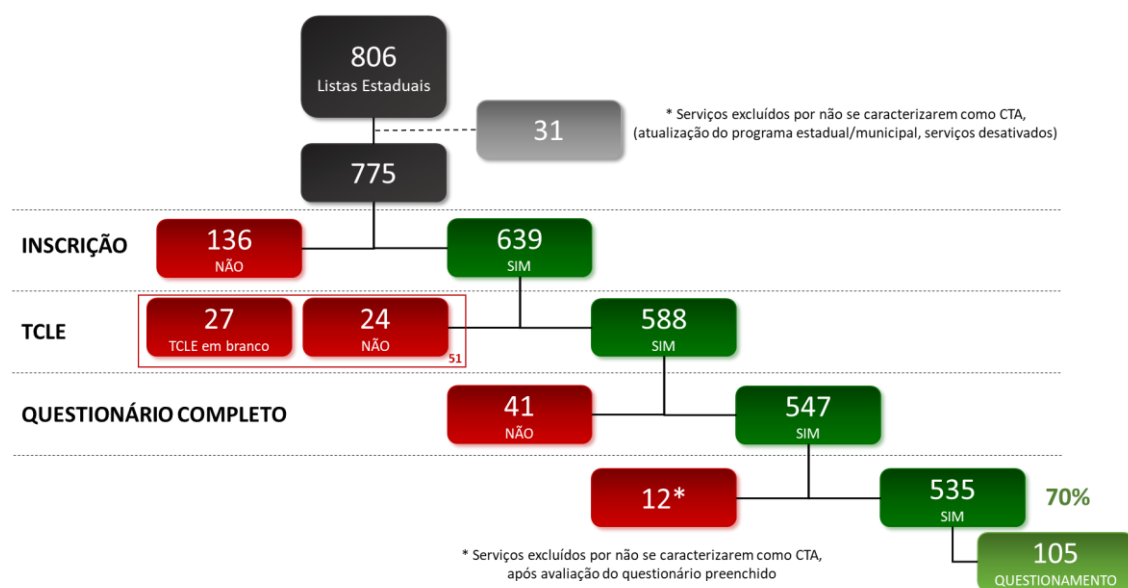
Recrutamento e seleção dos serviços de saúde para preenchimento do questionário/censo

A relação dos CTA existentes no Brasil foi encaminhada pelo atual Dathi/SVSA/MS, com a confirmação das coordenações estaduais, e gerou uma lista com 806 serviços. Foram realizadas várias tentativas de contato com alguns serviços desta lista que não solicitavam inscrição para responder o questionário, porém sem sucesso, havendo a necessidade de confirmação com os gestores dos programas estaduais ou municipais sobre a veracidade das informações ocasionando a exclusão de 31 serviços de saúde. A exclusão destes serviços foi por desativação do estabelecimento e a não caracterização como CTA.

Dos 775 serviços elegíveis para participação do levantamento situacional em âmbito nacional, 639 realizaram as inscrições pelo REDCap, destes 24 assinaram o TCLE como não interessados em participar, 27 apenas abriram o documento e não responderam, havendo a necessidade de tentativas de contato pela equipe de monitoria, porém sem sucesso. Os serviços que aceitaram participar e responder o questionário, totalizaram 588, dos quais 41 não responderam todas as questões dentro do prazo estipulado. Durante o período vigente houve tentativas de contato solicitando o preenchimento e reafirmando sua importância, porém mesmo após esses contatos o questionário destes serviços permaneceu incompleto.

Dos 547 serviços que completaram o questionário, 12 precisaram ser excluídos após a avaliação das respostas em virtude de questões sensíveis à caracterização do serviço como CTA (oferta de testagem para a infecção pelo HIV, hepatites e sífilis, atendimento por demanda espontânea dentre outros). Assim, foram obtidos 535 questionários completos para as análises do diagnóstico situacional, destes, 105 apresentaram respostas conflitantes ou que precisavam de esclarecimentos, sendo necessário o contato pela equipe de monitoria explicando as questões que necessitavam revisão. Desta forma, algumas respostas contidas nestes questionários que não foram corrigidas ou esclarecidas foram excluídas, a depender da análise proposta no estudo. Estes dados estão esquematizados na **Figura R1**.

Com a exclusão dos 43 serviços da lista inicial (31 excluídos de acordo com informações dos programas estaduais e 12 pelo conteúdo do questionário), o número de CTA em território nacional foi de 763 serviços.



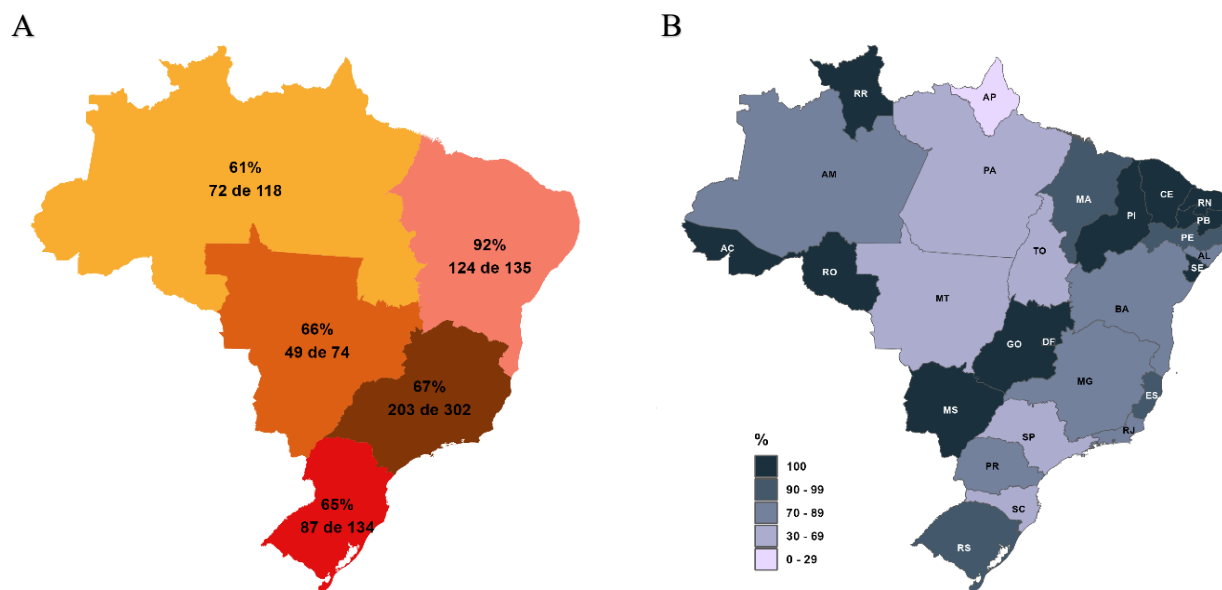
Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R1 – Algoritmo da aplicação do questionário de diagnóstico situacional nos serviços identificados como CTA.

Taxa de resposta

A região Sudeste possuía o maior número de CTA, 302 serviços, seguido pela região Nordeste (135), Sul (134), Norte (118) e Centro-Oeste (74), segundo lista de estabelecimentos de saúde enviada pelos Programas Estaduais de HIV e aids, IST e hepatites virais. Obteve-se uma taxa de resposta de 70% dos CTA. A adesão em todas as macrorregiões foi superior a 60%, a região Nordeste foi a que obteve a maior taxa de conclusão (92%), seguidas pelas regiões Sudeste (67%), Centro-Oeste (66%), Sul (65%) e Norte (61%) - **Figura R2A**.

A taxa de resposta por UF apresentou heterogeneidade nas macrorregiões. De acordo com a figura R2B, 10 estados e o Distrito Federal obtiveram uma taxa de resposta de 100%, entretanto, o número de CTA era inferior a 10 serviços, com exceção do estado de Goiás com 20 CTA. Alguns estados como Santa Catarina, São Paulo, Mato Grosso e Pará, possuíam um elevado quantitativo de serviços, o que pode ter impactado nas suas taxas de resposta (**Figura R2B**).



A – Taxa de resposta dos CTA concluíram o questionário por Macrorregiões (número de CTA com o questionário concluídos, número total de CTA e a porcentagem de conclusão)

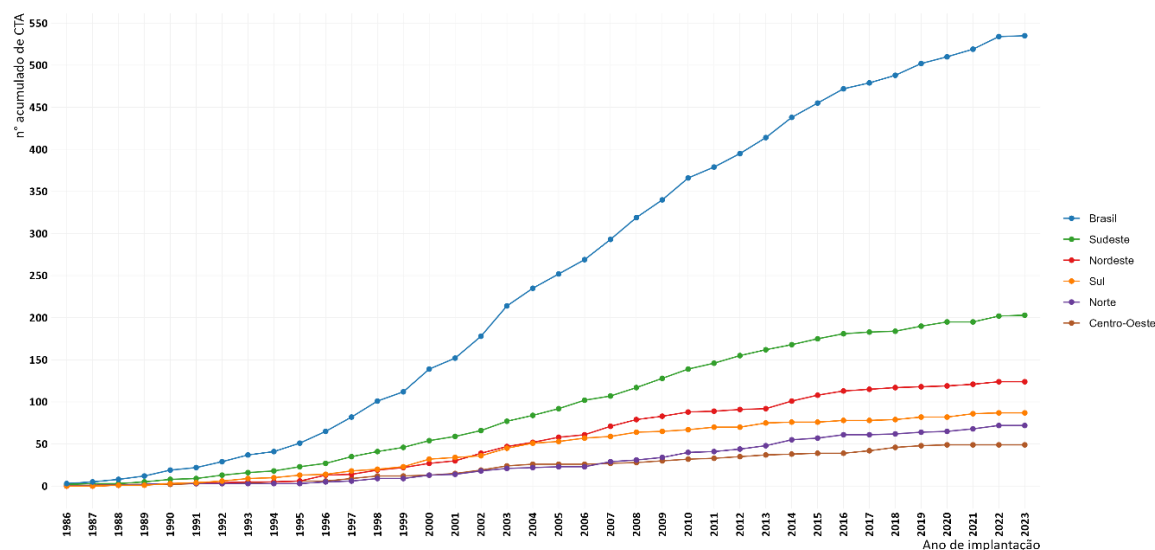
B – Taxa de resposta dos CTA que concluíram o questionário por UF

Figura R2 – Distribuição dos CTA segunda a taxa de resposta por macrorregiões e Unidades Federativas. Brasil, 2023.

Distribuição dos CTA pelo Brasil

Com base nas respostas do ano de implantação dos serviços foi possível identificar a expansão dos CTA ao longo dos anos, conforme **Gráfico R1**.

Gráfico R1 - Curva acumulada de implantação de CTA por ano por região geográfica. Brasil, 2023.

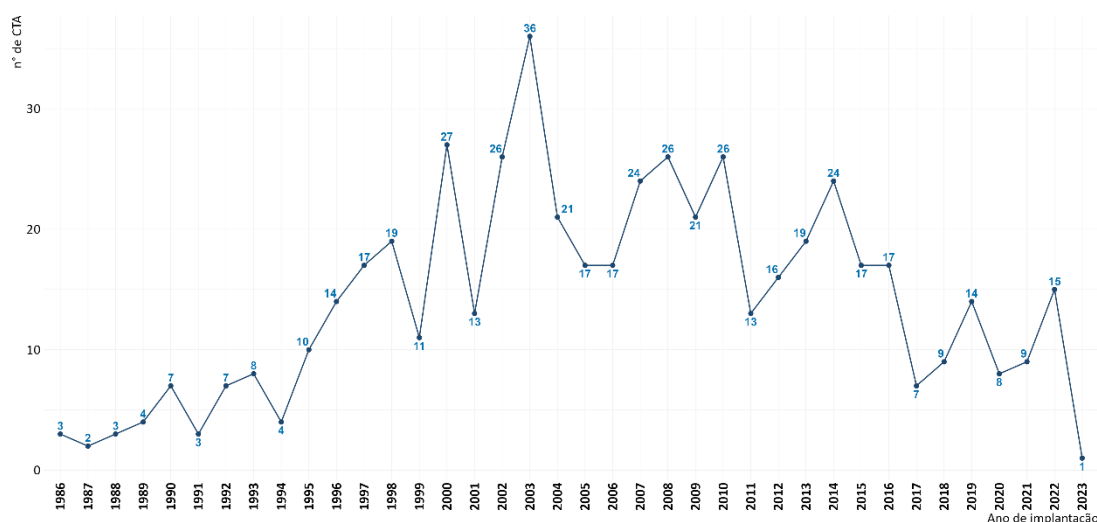


A região Sudeste é a que mais possui serviços em números absolutos, seguidas das regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste, respectivamente. De acordo com cada macrorregião foram identificadas as seguintes concentrações: região Norte com maior número de CTA nos estados do Pará (n=41; 57%) e Amazonas (n=21; 29%), região Nordeste com os maiores quantitativos nos estados da Bahia (n=41; 33%) e Pernambuco (n= 31; 25%), região Centro-Oeste nos estados de Mato Grosso (n=22; 45%) e Goiás (n=20; 41%), região Sudeste com mais da metade dos serviços localizados no estado de São Paulo (n=106; 52%) e, por fim, a região Sul com maior concentração de CTA no estado de Santa Catarina (n=40; 46%), conforme **Tabela R1**.

Tabela R1 - Distribuição dos CTA nas macrorregiões e UF. Brasil, 2023.

REGIÕES e UNIDADES FEDERATIVAS	CTA (n=535)	
	n	%
Centro-Oeste	49	100%
Distrito Federal	1	2%
Goiás	20	41%
Mato Grosso	22	45%
Mato Grosso do Sul	6	12%
Nordeste	124	100%
Alagoas	11	9%
Bahia	41	33%
Ceará	2	2%
Maranhão	15	12%
Paraíba	9	7%
Pernambuco	31	25%
Piauí	7	6%
Rio Grande do Norte	1	1%
Sergipe	7	6%
Norte	72	100%
Acre	4	6%
Amapá	2	3%
Amazonas	21	29%
Pará	41	57%
Rondônia	2	3%
Roraima	1	1%
Tocantins	1	1%
Sudeste	203	100%
Espírito Santo	24	12%
Minas Gerais	52	26%
Rio de Janeiro	21	10%
São Paulo	106	52%
Sul	87	100%
Paraná	27	31%
Rio Grande do Sul	20	23%
Santa Catarina	40	46%

Gráfico R2 - Número de CTA e ano de implantação. Brasil, 2023.



De acordo com os questionários respondidos, em 2003 aconteceu a maior expansão de CTA, conforme pode ser observado no **Gráfico R2**. Nos anos subsequentes até 2010, o crescimento anual ficou na faixa de 20 a 25 serviços. Entre 2011 e 2014 houve nova expansão de CTA, chegando a um novo pico em 2014 com 24 serviços implantados. Entre 2016 e 2017 houve uma queda importante da expansão da rede de serviços com recuperação ao longo dos anos subsequentes, mas em velocidade menor (**Gráfico R2**). A expansão por regiões pode ser observada no **Gráfico R1**.

Com relação à instância gestora dos CTA, a maior parte dos serviços estavam vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (n=501; 94%) seguido das Secretarias Estaduais/Distrital de Saúde (n= 29; 5%). A Região Norte foi a que apresentou a maior porcentagem de serviços geridos pelo estado e consequentemente o menor valor para os de gestão municipal. Alguns serviços mencionaram outras instâncias (1%) como universidade e consórcios intermunicipais (**Tabela R2**). No relatório de pesquisa sobre os CTA em 2016, estas porcentagens se apresentavam semelhantes (BRASIL, 2016a).

Tabela R2 - Distribuição dos CTA segundo instância gestora do serviço. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Secretaria Estadual / Distrital de Saúde	29 (5%)	3 (6%)	9 (7%)	11 (15%)	4 (2%)	2 (2%)
Secretaria Municipal de Saúde	501 (94%)	46 (94%)	115 (93%)	61 (85%)	196 (97%)	83 (95%)
Outros	5 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	2 (2%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Estrutura física e funcionamento

Os CTA possuíam estrutura física diversa, sendo um dos aspectos analisados o funcionamento do serviço num espaço contíguo a outro estabelecimento de saúde. Do

total de CTA com questionário preenchido (n=535), 89% (n=474) deles encontravam-se nessa situação. Apenas 11% (n=61) responderam que não estavam ligados fisicamente a outro serviço de saúde ou são CTA que conseguiram se distinguir da estrutura física em que estavam inseridos, denominados de “CTA puro”. Na comparação com a pesquisa sobre o CTA em 2016 (BRASIL, 2016a) havia uma porcentagem menor de CTA vinculados a outros serviços (75,4% dos CTA ligados a outro serviço e 25,6% de CTA “puros”). As regiões Centro-Oeste e Sul são as que possuíam as menores proporções de CTA puro (n= 3; 6% e n= 7; 8% respectivamente), já as regiões Norte e Nordeste estavam acima da média nacional, com 17% (n=12) e 15% (n=18) respectivamente, conforme **Tabela R3**.

Tabela R3 – Caracterização do CTA segundo quanto a ser um serviço isolado no mesmo espaço físico ou estar associado a outro tipo de serviço no mesmo imóvel. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
CTA puro	61 (11%)	3 (6%)	18 (15%)	12 (17%)	21 (10%)	7 (8%)
CTA contíguo / associado a outro serviço	474 (89%)	46 (94%)	106 (85%)	60 (83%)	182 (90%)	80 (92%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Numa análise do tipo de serviço na qual o CTA está inserido, identificou-se que 41,3% dos CTA estavam ligados a um SAE, seguido de múltiplos serviços (CTA inserido em 2 ou mais serviços de saúde), ambulatório de especialidades médicas, unidade básica de saúde, dentre outros (**Tabela R4**). Ao se aprofundar a análise do CTA inserido junto ao SAE, a variável “múltiplos serviços” foi desmembrada e utilizada para identificar serviços que também se apresentavam com este arranjo. Desta análise, identificou-se que 69% dos CTA funcionavam em conjunto com SAE (**Tabela R5**), houve aumento deste arranjo de serviço se comparado ao levantamento anterior realizado em 2016 (BRASIL, 2016a). As regiões Centro-Oeste (n=37; 76%), Nordeste (n=89; 72%), Sudeste (n=146; 72%) e Sul (n=61; 70%) apresentam CTA junto a SAE numa proporção acima da média nacional (n=367; 69%). Já a região Norte é a que possui o menor valor com 47% dos CTA neste arranjo. Esta configuração é relevante, pois pode impactar diretamente no tipo de assistência ofertada à população, assim como em outros aspectos estruturais como espaço físico e recursos humanos (**Tabela R5**).

Tabela R4 – Tipologia dos serviços de saúde que funcionam no mesmo espaço físico do CTA. Brasil, 2023.

	Brasil n=474 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
SAE	196 (41,3%)	18 (39,1%)	43 (40,6%)	21 (35,0%)	83 (45,6%)	31 (38,8%)
Múltiplo	178 (37,5%)	20 (43,5%)	46 (43,4%)	14 (23,3%)	66 (36,3%)	32 (40,0%)
Ambulatório de Especialidades Médicas	33 (7,0%)	2(4,3%)	7 (6,6%)	6 (10,0%)	10 (5,5%)	8 (10,0%)

Outros*	30 (6,3%)	3 (6,5%)	4 (3,8%)	8 (13,3%)	12 (6,6%)	3 (3,8%)
UBS	27 (5,7%)	2 (4,3%)	3 (2,8%)	8 (13,3%)	9 (4,9%)	5 (6,3%)
Hospital / Maternidade	9 (1,9%)	1 (2,2%)	3 (2,8%)	3 (5,0%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)
Centro de Dermatologia Sanitária	1 (0,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

* Outros: predominantemente ligados a Unidades Administrativas não Assistenciais.

Tabela R5 – Distribuição dos CTA segundo sua característica física – CTA puro, CTA/SAE e CTA com outro serviço de saúde. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
CTA puro	61 (11%)	3 (6%)	18 (15%)	12 (17%)	21 (10%)	7 (8%)
CTA junto ao SAE*	367 (69%)	37 (76%)	89 (72%)	34 (47%)	146 (72%)	61 (70%)
CTA com outros serviços de saúde**	107 (20%)	9 (18%)	17 (14%)	26 (36%)	36 (18%)	19 (22%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul. *O CTA e o SAE podem também estar funcionando junto a outro tipo de serviço. ** Outros serviços vinculados: Ambulatório de Especialidades Médicas, UBS, Hospitais/Maternidades, Unidades Administrativas não Assistenciais e Centro de Dermatologia Sanitária.

No que diz respeito ao espaço físico, foram analisadas algumas estruturas mínimas para o funcionamento dos CTA como: sala de atendimento individual, sala de aconselhamento coletivo/reunião e sala de coleta (**Tabela R6**).

Quase a totalidade dos CTA mencionaram possuir sala de atendimento/aconselhamento individual, somente a região Norte possuía porcentagem abaixo da média brasileira. A sala de aconselhamento coletivo/reunião é uma outra estrutura que potencializa ações de atendimento em grupo/educação em saúde (caso estas ações sejam preconizadas localmente) e atividades para qualificação da equipe do CTA ou da rede como espaço para reuniões, educação permanente e apoio matricial. Um pouco mais da metade dos serviços possuíam sala de aconselhamento coletivo/reunião.

Outro aspecto da estrutura dos CTA foi a existência de sala de coleta de exames, identificada em 65% (n=350) dos estabelecimentos possuíam sala de coleta. A região Sul foi a identificada como a região com mais CTA com sala de coleta (n=63; 72%) e a região Norte com menos serviços com este espaço físico (n=30; 42%). De acordo com o diagnóstico situacional realizado em 2006 (BRASIL, 2008), o número de CTA com sala de coleta era maior (89,1%), mas isso pode ser justificado pela utilização de métodos laboratoriais que requerem a punção venosa como a principal abordagem para o diagnóstico dos agravos nesta época. Com o advento dos testes rápidos e da simplificação dos procedimentos para a sua execução (punção digital), alguns CTA estão funcionando sem sala de coleta. Esta estrutura, apesar de não ser obrigatória, agiliza a coleta de exames laboratoriais para complementação diagnóstica (como no caso das hepatites virais e sífilis) e o seguimento clínico após diagnóstico, como por exemplo a contagem de linfócitos T CD4+ e CV de HIV. Poucos CTA mencionaram a existência de laboratório próprio (n=100; 19%), sendo que as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste foram as que

apresentaram o maior quantitativo de serviços com laboratório próprio, 35% (n=17), 26% (n=19) e 24% (n=30), respectivamente (**Tabela R6**).

Outro aspecto da estrutura dos CTA foi a existência de sala de coleta de exames, identificada em 65% (n=350) dos estabelecimentos possuíam sala de coleta. A região Sul foi a identificada como a região com mais CTA com sala de coleta (n=63; 72%) e a região Norte com menos serviços com este espaço físico (n=30; 42%). De acordo com o diagnóstico situacional realizado em 2006 (BRASIL, 2008), o número de CTA com sala de coleta era maior (89,1%), mas isso pode ser justificado pela utilização de métodos laboratoriais que requerem a punção venosa como a principal abordagem para o diagnóstico dos agravos nesta época. Com o advento dos testes rápidos e da simplificação dos procedimentos para a sua execução (punção digital), alguns CTA estão funcionando sem sala de coleta. Esta estrutura, apesar de não ser obrigatória, agiliza a coleta de exames laboratoriais para complementação diagnóstica (como no caso das hepatites virais e sífilis) e o seguimento clínico após diagnóstico, como por exemplo a contagem de linfócitos T CD4+ e CV de HIV. Poucos CTA mencionaram a existência de laboratório próprio (n=100; 19%), sendo que as regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste foram as que apresentaram o maior quantitativo de serviços com laboratório próprio, 35% (n=17), 26% (n=19) e 24% (n=30), respectivamente (**Tabela R6**).

Tabela R6 – Distribuição dos CTA segundo estrutura física de atendimento, sala de coleta e laboratório próprio. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Sala de atendimento	520 (97%)	48 (98%)	124 (100%)	66 (92%)	197 (97%)	85 (98%)
Sala de aconselhamento	279 (52%)	21 (43%)	82 (66%)	27 (38%)	112 (55%)	37 (43%)
Sala de coleta	350 (65%)	31 (63%)	82 (66%)	30 (42%)	144 (71%)	63 (72%)
Laboratório próprio	100 (19%)	17 (35%)	30 (24%)	19 (26%)	22 (11%)	12 (14%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

A sala de vacina foi outro espaço físico analisado no diagnóstico situacional, pois, de acordo com a carteira de serviços dos CTA, recomendava-se como atividade a imunização para hepatite B e HPV por fazerem parte das intervenções de prevenção combinada do HIV, hepatites virais e IST. Assim, evidenciou-se que 38% (n=204) possuíam sala de vacina, sendo a maior parte delas compartilhadas com outros serviços onde o CTA estava inserido (**Tabela R7**). Houve, portanto, uma expansão das salas de vacina em CTA, pois em pesquisa anterior esta proporção era de quase 25% (BRASIL, 2016a). As regiões Sudeste (n=102; 51%) e Sul (n=33; 38%) concentravam as maiores porcentagens de serviços com sala de vacina.

Tabela R7 – Distribuição dos CTA segundo existência de sala de vacina e sua modalidade. Brasil, 2023.

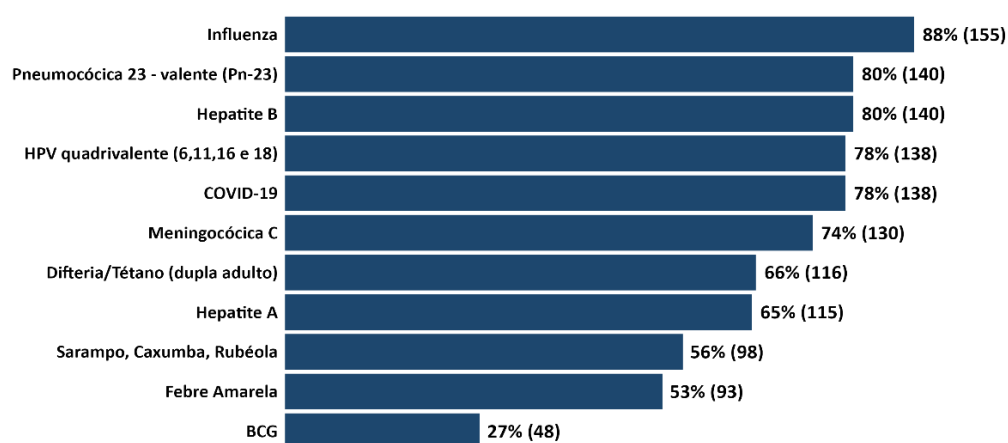
	Brasil n=204 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Sala de vacina compartilhada	108 (20%)	8 (16%)	18 (15%)	10 (14%)	52 (26%)	20 (23%)

Sala de vacina exclusiva	96 (18%)	7 (14%)	17 (14%)	9 (13%)	50 (25%)	13 (15%)
--------------------------	-----------------	---------	----------	---------	----------	----------

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

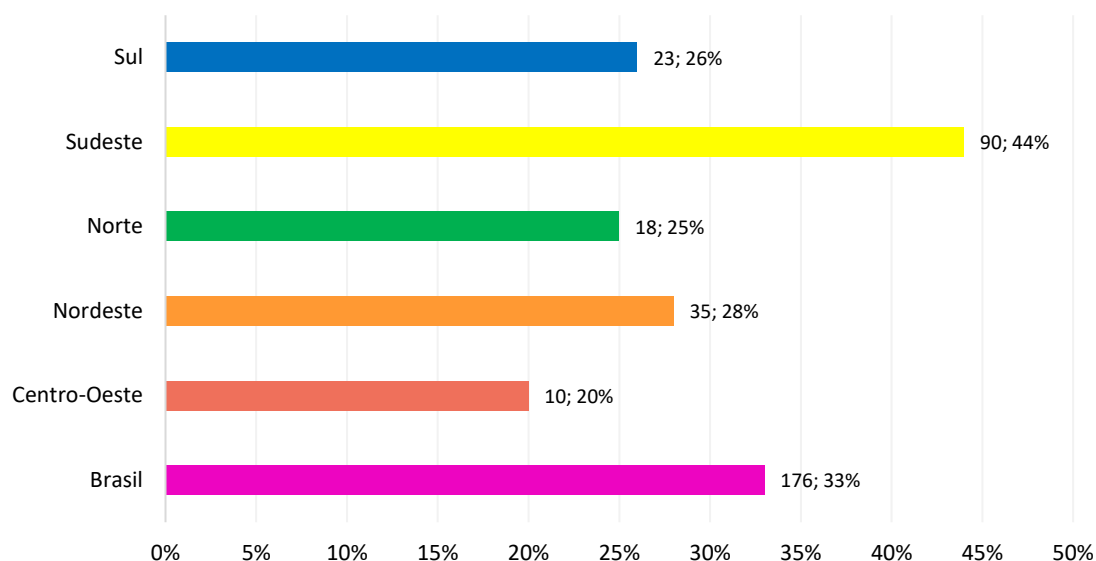
Foi possível identificar que 33% (n=176) dos serviços avaliados dispunham de imunização para hepatite B e HPV enquanto 64% (n=343) não aplicavam essas vacinas, apesar de encaminharem os indivíduos elegíveis para outros serviços. As vacinas mais frequentes foram Influenza 88% (n=155), Pneumocócica 23-valente 80% (n=140), Hepatite B 80% (n=140) e HPV quadrivalente 78% (n=138), como mostra o **Gráfico R3**. Se verificarmos por região, o Centro-Oeste ficou abaixo da média nacional, com apenas 20% dos CTA disponibilizando este serviço (n=10), seguido da região Norte (n=18; 25%) e Sul (n=23; 26%) (**Gráfico R4**). Dentre os CTA participantes, a ação de vacinação estava mais voltada ao cuidado de PVHA e, por isso, a predominância desta atividade acontecia nos CTA contíguos aos serviços de atenção especializada em IST/HIV/aids/ hepatites.

Gráfico R3- Principais vacinas aplicadas nos CTA que realizavam imunização*. Brasil, 2023.



*n=176 CTA que realizam imunização.

Gráfico R4 – Distribuição dos CTA que realizam imunização. Brasil, 2023.



A farmácia/UDM estava presente em 78% dos CTA (n=415), sendo que as regiões Sudeste e Nordeste tiveram as maiores porcentagens de serviços com farmácia/UDM – **Tabela R8**. A maioria dos CTA sem esta estrutura, contavam com uma farmácia/UDM de referência. Chamou a atenção, serviços sem farmácia e sem referência (n=34; 6%), situação que pode dificultar o avanço de ações de prevenção combinada. A região Norte possuía o maior quantitativo de CTA sem farmácia e sem referência (n=12; 17%) seguida da região Centro-Oeste (n=5; 10%).

Tabela R8 – Distribuição dos CTA segundo existência de Farmácia/UDM e sua modalidade. Brasil, 2023.

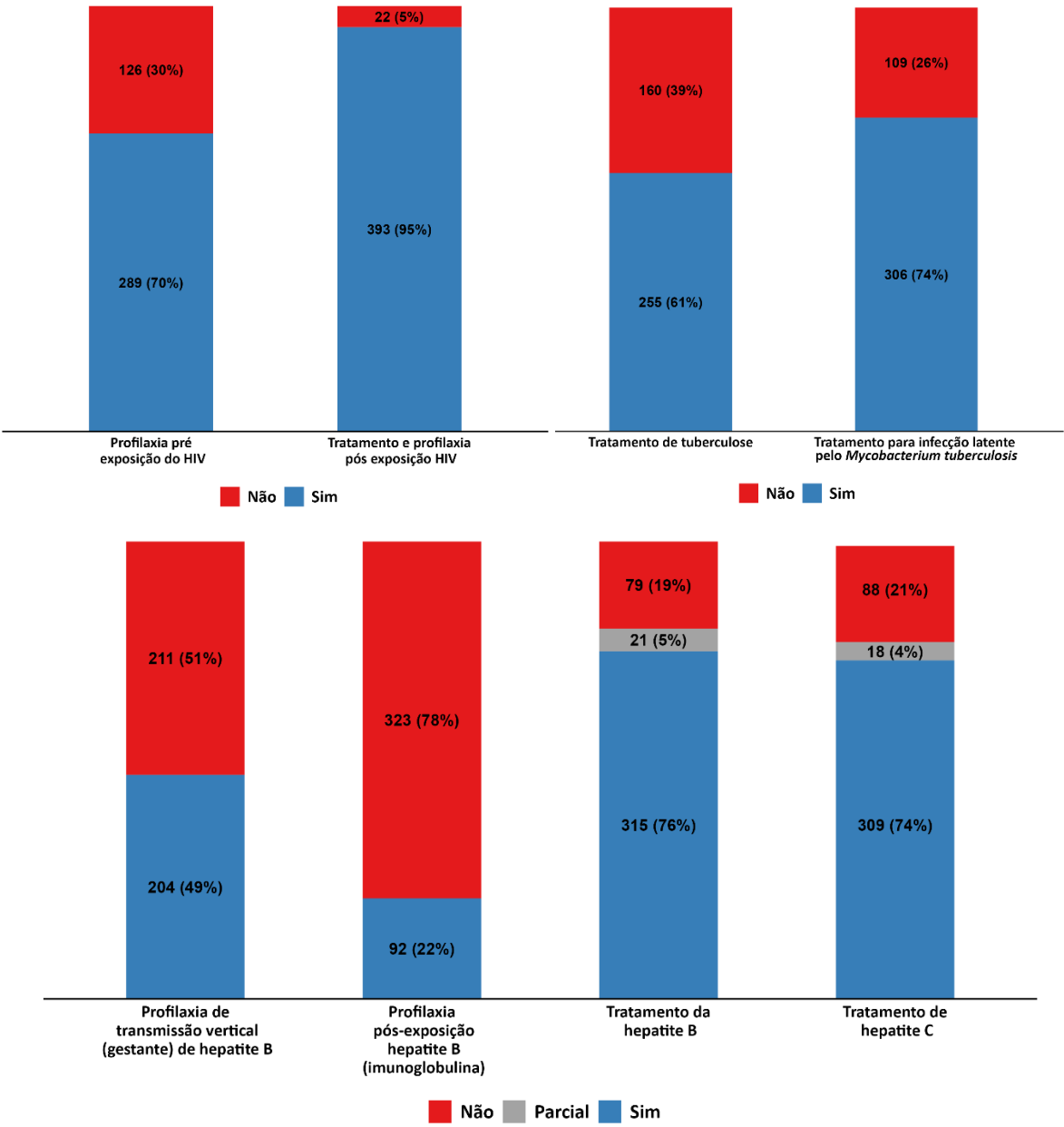
	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sem farmácia/UDM ou referência na rede de saúde	34 (6%)	5 (10%)	9 (7%)	12 (17%)	5 (2%)	3 (3%)
Sem farmácia /UDM, mas com referência na rede de saúde	86 (16%)	6 (12%)	18 (15%)	14 (19%)	30 (15%)	18 (21%)
Farmácia/UDM compartilhada	129 (24%)	15 (31%)	22 (18%)	11 (15%)	56 (28%)	25 (29%)
Farmácia/UDM exclusiva	286 (54%)	23 (47%)	75 (61%)	35 (49%)	112 (55%)	41 (47%)

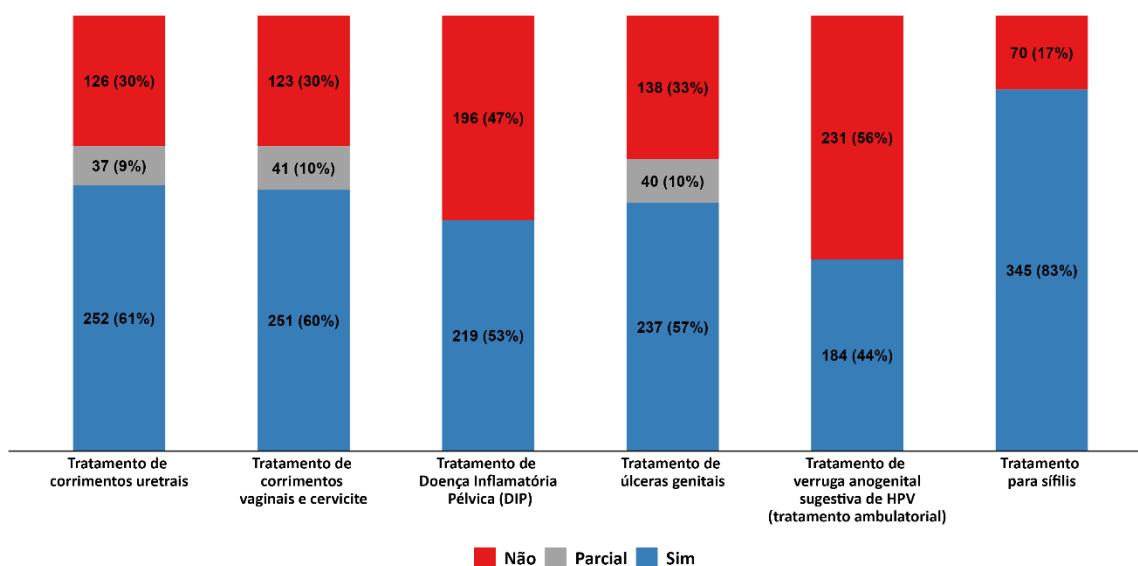
CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Dentre os CTA que mencionaram a existência de farmácia (n=415), procedeu-se com a identificação dos principais medicamentos utilizados em ações de prevenção e tratamento dos agravos de interesse. Quase a totalidade dos CTA mencionaram dispor dos medicamentos para o tratamento da infecção pelo HIV e PEP. Entretanto, quando se analisaram os medicamentos da PrEP houve uma queda na porcentagem, disponível em 70% dos CTA (n=289) **Gráfico R5**. Os dados sobre os diversos medicamentos por região estão na **Tabela S1** no anexo de tabelas suplementares.

Com relação as hepatites virais B e C, se observou que em torno de 75% dos CTA dispunham de medicamentos para seu tratamento.

Gráfico R5 - Medicamentos disponíveis nas farmácias/UDM dos CTA. Brasil, 2023.





Estrutura laboratorial dos CTA

A estrutura laboratorial fez parte do diagnóstico situacional dada a sua importância junto ao trabalho do CTA tanto pela necessidade de complementação diagnóstica quanto para o seguimento de indivíduos infectados com HIV e aids, hepatites virais, IST e tuberculose. Inicialmente, foi avaliado se os CTA eram ponto de coleta de amostras biológicas e 66% dos serviços informaram coletar material biológico para realização de exames (n=354). As regiões Sudeste (n=156; 77%) e Sul (n=64; 74%) apresentaram as maiores proporções e a região Norte a menor com apenas 39% (n=28) realizando esta atividade. A fragilidade estrutural dos CTA também é constatada na identificação do espaço físico onde esta ação acontece, ou seja, dos 354 serviços que realizam coleta, 54 (15%) CTA mencionaram não possuir uma sala específica para esta finalidade. As regiões Centro-Oeste (n=9; 26%) e Norte (n=5; 18%) apresentam as maiores porcentagens de CTA que realizam coleta sem sala específica. Já na região Sul, quase todos os serviços realizavam coleta com espaço próprio para esta finalidade (n=58; 91%) (**Tabela R9**).

A introdução de testes rápidos trouxe modificações na estrutura laboratorial dos CTA. De acordo com o levantamento de 2006 na qual a maioria dos serviços ainda realizava testes laboratoriais para o diagnóstico, 40% dos CTA possuíam laboratório próprio (BRASIL, 2008), esta proporção apresentou grande redução, sendo que atualmente apenas 19% dos CTA brasileiros contam estrutura laboratorial própria, sendo que as regiões Centro-Oeste e Norte possuem as maiores proporções de serviços com laboratório (n=17; 35% e n=19; 26% respectivamente). Dos serviços que mencionaram estrutura laboratorial própria, um pouco mais da metade (n=63; 63%) possuía sala segundo recomendações da RDC ANVISA nº50/2002 (BRASIL, 2002) (**Tabela R9**).

Dentre os exames realizados/processados nestes CTA os mais mencionados foram: testes não treponêmicos (n=59; 59%), CV de HIV e hepatite B/C (n=41; 41%) e testes imunológicos laboratoriais (n=40; 40%). Importante destacar que na região Norte, os exames rápidos de biologia molecular (n=11; 58%), CV (n=13; 68%) e contagem de linfócitos T CD4+ (n=12; 63%), realizados no próprio CTA apresentaram valores bem

acima das proporções médias nacionais, influenciada pela política pública regional de implantação das redes rápida de CV HIV e contagem de linfócitos T CD4+.

Tabela R9 – Distribuição dos CTA segundo características da estrutura laboratorial. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estrutura laboratorial (n=535)						
Coleta de amostras biológicas no CTA	354 (66%)	34 (69%)	72 (58%)	28 (39%)	156 (77%)	64 (74%)
Coleta sem sala específica	54 (15%)	9 (26%)	10 (14%)	5 (18%)	24 (15%)	6 (9%)
Coleta em sala específica	300 (85%)	25 (74%)	62 (86%)	23 (82%)	132 (85%)	58 (91%)
Laboratório próprio	100 (19%)	17 (35%)	30 (24%)	19 (26%)	22 (11%)	12 (14%)
Laboratório com estrutura adequada ¹ (n=100)	63 (63%)	14 (82%)	21 (70%)	12 (63%)	11 (50%)	5 (42%)
Testes executados nos laboratórios próprios n=100						
Testes convencionais de biologia molecular ²	14 (14%)	1 (6%)	3 (10%)	3 (16%)	5 (23%)	2 (17%)
Testes rápidos de biologia molecular	23 (23%)	1 (6%)	5 (17%)	11 (58%)	2 (9%)	4 (33%)
Testes imunológicos laboratoriais ³	40 (40%)	9 (53%)	12 (40%)	7 (37%)	9 (41%)	3 (25%)
Testes não treponêmicos (VDRL, RPR)	59 (59%)	16 (94%)	21 (70%)	7 (37%)	10 (45%)	5 (42%)
Carga viral (HIV e hepatites)	41 (41%)	2 (12%)	13 (43%)	13 (68%)	8 (36%)	5 (42%)
Contagem de linfócitos CD4+	35 (35%)	2 (12%)	13 (43%)	12 (63%)	6 (27%)	2 (17%)
Técnicas de microscopia (Gram, campo escuro, exame à fresco)	10 (10%)	0 (0%)	3 (10%)	2 (11%)	4 (18%)	1 (8%)
Cultura	10 (10%)	1 (6%)	2 (7%)	3 (16%)	2 (9%)	2 (17%)
Baciloscopia	21 (21%)	4 (24%)	6 (20%)	4 (21%)	4 (18%)	3 (25%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul. (1) Estrutura laboratorial adequada segundo recomendações da RDC n°50/2002. (2) Teste de biologia molecular que não seja quantitativo. (3) Teste imunológico laboratorial exceto teste não treponêmico.

A identificação dos CTA que possuíam equipamento para realização de testes rápidos de biologia molecular também compôs a análise da estrutura laboratorial. Dos 100 CTA que mencionaram estrutura laboratorial própria, 21 (21%) possuíam o equipamento GeneXpert®, com destaque para a Região Norte e Sul – **Gráfico R6**. Os exames realizados nesta plataforma em ordem decrescente foram: CV do HIV, CV de hepatite C, CV de hepatite B, teste rápido molecular para tuberculose e detecção qualitativa de CT/NG – **Gráfico R7**.

Gráfico R6 – Distribuição dos CTA com estrutura laboratorial própria segundo a presença do equipamento GeneXpert®. Brasil, 2023.

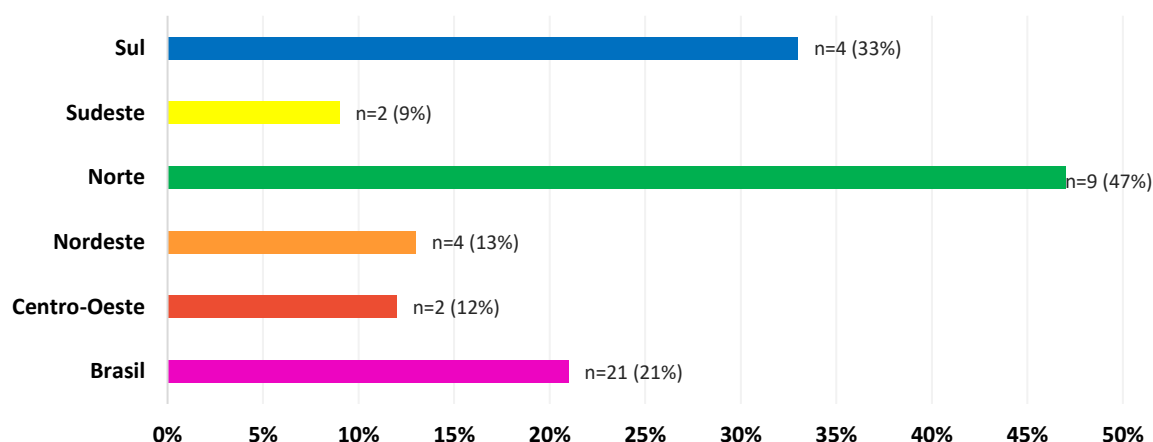
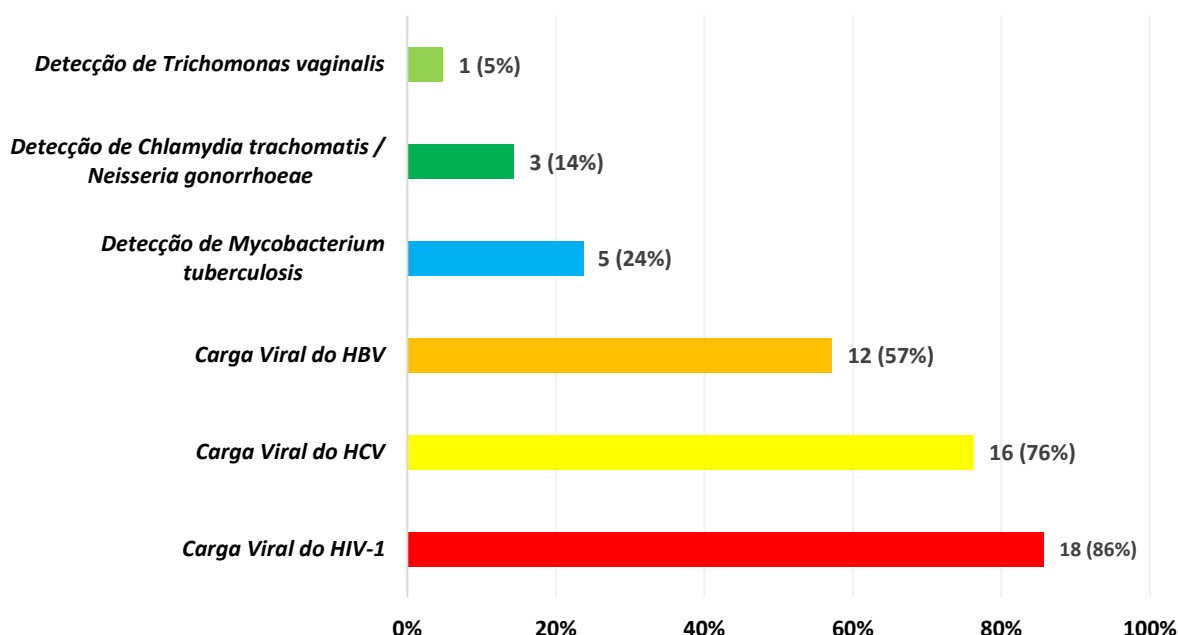


Gráfico R7 - Distribuição dos CTA que possuíam o GeneXpert® segundo os tipos de testes realizados. Brasil, 2023.



Uma referência laboratorial formal para os CTA foi apontada por 89% (n=475) dos serviços. As regiões Norte (n=50; 69%) e Nordeste (n=105; 85%) foram as que menos apresentaram CTA com laboratório de referência. Os Lacen foram mencionados por 79% dos CTA (n=373), com poucas variações regionais. Um pouco mais da metade dos serviços apontou que possuíam fluxo estabelecido com laboratórios públicos municipais (n=256; 54%), seguido de laboratórios conveniados/terceirizados (n=177; 37%) sendo a região Sudeste a que mais possui CTA vinculados à laboratórios conveniados/terceirizados (n=97; 51%) **Tabela R10.**

Tabela R10 – Distribuição dos CTA segundo referência laboratorial. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Possui referência laboratorial	475 (89%)	47 (96%)	105 (85%)	50 (69%)	189 (93%)	84 (97%)
Laboratórios de referência para o CTA n=475						
Laboratório público local/Municipal	256 (54%)	30 (64%)	56 (53%)	27 (54%)	102 (54%)	41 (49%)
Laboratório público regional/Estadual	373 (79%)	38 (81%)	89 (85%)	41 (82%)	143 (76%)	62 (74%)
Laboratório ligado à instituição de ensino/Pesquisa	45 (10%)	0 (0%)	6 (6%)	1 (2%)	29 (15%)	9 (11%)
Laboratório conveniado/terceirizado	177 (37%)	19 (40%)	20 (19%)	10 (20%)	97 (51%)	31 (37%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Composição das equipes do CTA

A composição das equipes do CTA foi analisada neste diagnóstico situacional e, apesar de o MS, desde 1999, atribuir a responsabilidade pela definição do número de funcionários de cada serviço, conforme a extensão e a complexidade de atividades realizadas, realizou-se análise do quantitativo de trabalhadores nos CTA com base na padronização de diagnóstico situacional anterior publicado em 2006 (BRASIL, 2008). Desta análise depreendeu-se: o número de CTA com até 7 trabalhadores permaneceu o mesmo (40%), houve pequena redução de CTA com 8 a 14 funcionários (38% para 35%) e aumento dos serviços com quantitativo superior a 14 profissionais (21,9% a 25%). Regionalmente, os destaques foram: Centro-Oeste – redução de CTA com até 7 trabalhadores (48,9% para 43%) e aumento de serviços acima de 14 funcionários (21,9% para 25%); Norte – aumento de CTA com 8 a 14 profissionais (25% para 32%) e redução de serviços com mais de 14 trabalhadores (25% para 17%); Nordeste – aumento de CTA com até 7 funcionários (25% para 38%), importante redução de centros com 8 a 14 trabalhadores (58,9% para 36%) e aumento de serviços com mais de 14 profissionais (16% para 26%); Sul - redução de CTA com até 7 trabalhadores (53% para 47%), pequena redução de centros com 8 a 14 trabalhadores (33,3% para 30%) e aumento de serviços com mais de 14 profissionais (13,7% para 23%); e Sudeste - redução de CTA com até 7 trabalhadores (34,9% para 32%), aumento de centros com 8 a 14 trabalhadores (37,2% para 39%) e aumento de serviços com mais de 14 funcionários (27,8% para 29%).

Com relação às equipes dos CTA, identificou-se uma proporção maior (2:1) de profissionais de nível superior se comparado aos trabalhadores de nível médio. Esta proporção já havia sido observada no diagnóstico situacional anterior (BRASIL, 2008), explicada em parte pelas características de atendimento do CTA que demanda muitas ações atreladas aos profissionais de nível superior e pelo compartilhamento e

predominância da atuação de profissionais de nível médio nos outros serviços de saúde onde o CTA está inserido.

Dentre as categorias profissionais de nível médio, os auxiliares/técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos são os mais frequentes, 83% (n=439) dos CTA possuem auxiliares/técnicos de enfermagem. As regiões Nordeste (n=94; 76%) e Norte (n=52; 73%) possuem as menores proporções de CTA com estes profissionais. Os profissionais administrativos foram identificados em 63% (n=332) dos CTA, com média de 1 trabalhador por serviço. A região Sul foi a que apresentou a menor proporção (n=43; 49%) e o maior valor foi a da região Nordeste com presença de trabalhadores administrativos em 72% dos CTA (n=89). Outras categorias profissionais importantes para o desenvolvimento de ações de prevenção e educação em saúde, como os agentes redutores de danos e os educadores de pares foram apontados em apenas 2% dos CTA (**Tabela R11**).

Tabela R11 – Profissionais de nível médio/técnico do quadro de trabalhadores nos CTA. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Auxiliar / técnico(a) de enfermagem	439 (83%)	39 (80%)	94 (76%)	52 (73%)	179 (89%)	75 (86%)
Assistente / auxiliar administrativo	332 (63%)	27 (55%)	89 (72%)	44 (62%)	129 (64%)	43 (49%)
Auxiliar / técnico(a) de farmácia	114 (21%)	7 (14%)	36 (29%)	8 (11%)	49 (24%)	14 (16%)
Técnico(a) de laboratório	111 (21%)	15(31%)	42 (34%)	19 (27%)	28 (14%)	7 (8%)
Técnico(a) em saúde bucal	45 (8%)	7 (14%)	10 (8%)	4 (6%)	18 (9%)	6 (7%)
Agente de saúde	14 (3%)	3 (6%)	2 (2%)	1 (1%)	8 (4%)	0 (0%)
Agente redutor de danos	12 (2%)	2 (4%)	0 (0%)	2 (3%)	7 (3%)	1 (1%)
Educador(a) de pares	10 (2%)	1 (2%)	2 (2%)	3 (4%)	3 (1%)	1 (1%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Com relação aos profissionais de nível superior (exceto médico), constatou-se uma média de 5 profissionais por CTA, sendo o enfermeiro a categoria profissional mais frequente (n=521; 98,1%), seguida do farmacêutico (n=393; 74,0%), do psicólogo (n=389; 73,3%) e do assistente social (n=337; 63,5%). Algumas particularidades merecem destaque: a região Norte com a menor proporção de farmacêuticos (n=42; 59,2%) nos CTA e a região Sul com a menor taxa de psicólogos (n=49; 56,3%) e assistentes sociais (n=34; 39,1%), conforme **Tabela R12**.

Tabela R12 – Profissionais de nível superior (exceto médicos) do quadro de trabalhadores nos CTA. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Enfermeiro(a)	521 (98,1%)	49 (100,0%)	122 (9,29%)	67 (94,4%)	196 (97,5%)	87 (100,0%)
Farmacêutico(a)	393 (74,0%)	41 (83,7%)	82 (66,7%)	42 (59,2%)	161 (80,1%)	67 (77,0%)
Psicólogo(a)	389 (73,3%)	42 (85,7%)	94 (76,4%)	51 (71,8%)	153 (76,1%)	49 (56,3%)
Assistente social	337 (63,5%)	29 (59,2%)	83 (67,5%)	48 (67,6%)	143 (71,1%)	34 (39,1%)
Nutricionista	92 (17,3%)	12 (24,5%)	21 (17,1%)	13 (18,3%)	39 (19,4%)	7 (8,0%)
Odontólogo(a)	65 (12,2%)	9 (18,4%)	12 (9,8%)	5 (7,0%)	32 (15,9%)	7 (8,0%)
Biomédico(a)	59 (11,1%)	12 (24,5%)	23 (18,7%)	14 (19,7%)	8 (4,0%)	2 (2,3%)
Fisioterapeuta	35 (6,6%)	4 (8,2%)	7 (5,7%)	6 (8,5%)	12 (6,0%)	6 (6,9%)
Biólogo(a)	17 (3,2%)	2 (4,1%)	6 (4,9%)	2 (2,8%)	4 (2,0%)	3 (3,4%)
Terapeuta ocupacional	4 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	2 (2,3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

O número de profissionais de nível superior (exceto médicos) por CTA apresentou a maior proporção (n=245; 46%) com 4 a 7 trabalhadores, seguido de serviços com até 3 funcionários (n=180; 34%). Os CTA com 8 a 10 profissionais e com mais de 10 trabalhadores corresponderam a 10% (n=53) cada um. Na comparação com dados anteriores as porcentagens se mantiveram semelhantes com um pequeno aumento em CTA com 4 a 7 funcionários e redução dos serviços com 8 a 10 trabalhadores de nível superior (**Tabela R13**).

Tabela R13 - Distribuição dos CTA segundo o número de profissionais de nível superior (exceto médicos). Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
≤ 3	180 (34%)	12 (24%)	42 (34%)	28 (39%)	56 (28%)	42 (48%)
4 a 7	245 (46%)	28 (57%)	55 (45%)	29 (41%)	105 (52%)	28 (32%)
8 a 10	53 (10%)	3 (6%)	11 (9%)	8 (11%)	23 (11%)	8 (9%)
>10	53 (10%)	6 (12%)	15 (12%)	6 (8%)	17 (8%)	9 (10%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

A análise da presença de médicos nos CTA mostrou que 18% (n=97) dos CTA não possuíam este profissional na equipe, sendo que os CTA puros apresentavam uma proporção menor de médicos (n=48; 79%) se comparado ao CTA/SAE (n= 328; 90%), este resultado apresentou significância estatística (p=0,03). Uma justificativa para o CTA/SAE não mencionar a existência de médico foi que este poderia não compor o trabalho do CTA e sim do serviço especializado. A razão profissional de nível superior (não médicos) e médicos foi de 2 para 1.

A especialidade médica mais frequente foi a de infectologia (n=324; 61%). O clínico geral foi a segunda especialidade referida pelos CTA, mas seu valor é inferior (n=154;

29%). Do ponto de vista regional há considerável diferença da proporção de CTA com infectologistas e clínicos gerais: a região Sudeste apresentou 74% (n=149) dos CTA com médicos infectologistas, seguido da região Sul (n=58; 67%). A região Norte apresentou-se com a menor proporção desta especialidade (n=19; 27%), entretanto, foi a que apresentou a maior porcentagem de clínicos gerais nos CTA (n=27; 38%), conforme **Tabela R14**.

Tabela R14 – Especialidades médicas do quadro de trabalhadores nos CTA. Brasil, 2023.

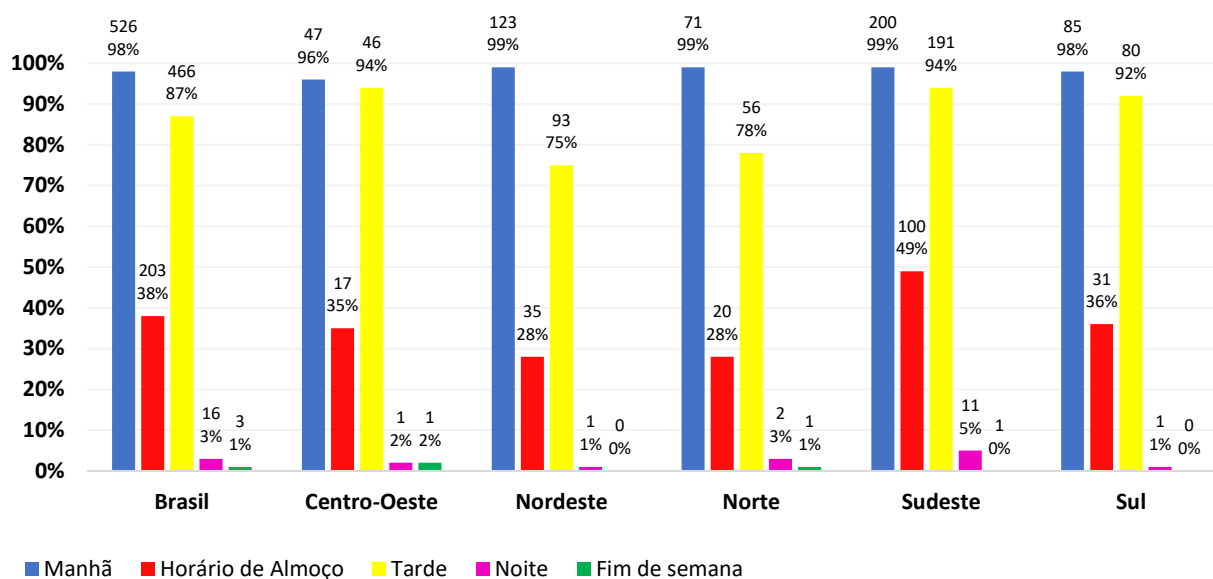
	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Infectologista	324 (61%)	25 (51%)	73 (59%)	19 (27%)	149 (74%)	58 (67%)
Clínico geral	154 (29%)	18 (37%)	36 (29%)	27 (38%)	48 (24%)	25 (29%)
Pediatra	92 (17%)	5 (10%)	18 (15%)	7 (10%)	48 (24%)	14 (16%)
Ginecologista	87 (16%)	7 (14%)	28 (23%)	6 (8%)	35 (17%)	11 (13%)
Dermatologista	64 (12%)	5 (10%)	10 (8%)	3 (4%)	33 (16%)	13 (15%)
Generalista sem especialidade	45 (8%)	6 (12%)	8 (7%)	4 (6%)	16 (8%)	11 (13%)
Pneumologista	36 (7%)	2 (4%)	6 (5%)	0 (0%)	20 (10%)	8 (9%)
Urologista	22 (4%)	3 (6%)	9 (7%)	1 (1%)	8 (4%)	1 (1%)
Gastroenterologista/Hepatologista	19 (4%)	0 (0%)	6 (5%)	2 (3%)	10 (5%)	1 (1%)
Médico(a) de família e comunidade	15 (3%)	2 (4%)	2 (2%)	3 (4%)	4 (2%)	4 (5%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Horário de funcionamento:

O atendimento ao público em tempo integral (manhã e tarde) ocorre na maioria dos CTA (n=457; 85%) e 38% (n=203) funcionavam em horário de almoço. Apenas 1% (n=3) realizava atendimento aos fins de semana e 3% (n=16) dos CTA responderam que realizavam atendimento noturno. Em ambas as situações de funcionamento no período noturno e fim de semana, constatou-se que os CTA estavam inseridos em outro serviço de saúde como unidades de Pronto Atendimento (**Gráfico R8**). Tais situações podem ser obstáculo para o acesso ao CTA, principalmente para os segmentos populacionais como trabalhadores e populações vulnerabilizadas que apresentem dificuldades em comparecer ao CTA em horário comercial.

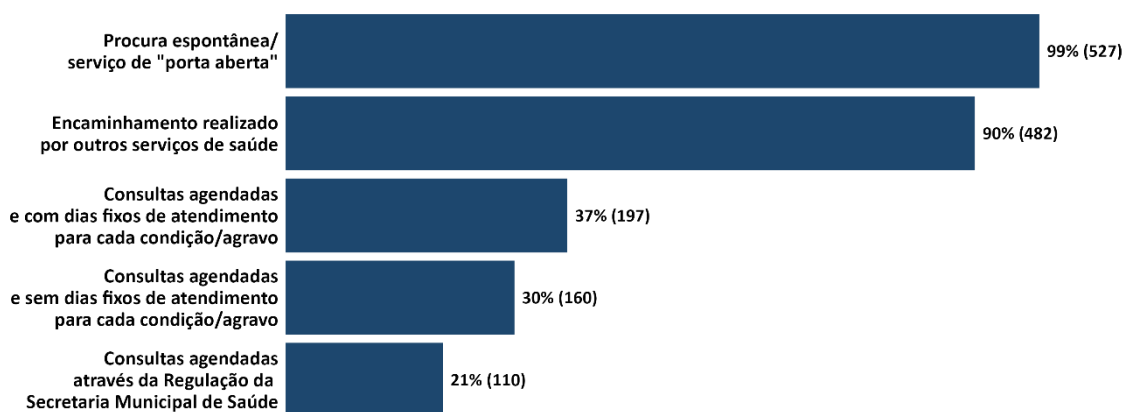
Gráfico R8 - Distribuição dos CTA segundo horário de funcionamento. Brasil, 2023.



Modalidades de acesso aos CTA

Quando se analisam as modalidades de acesso aos CTA, a mais usual foi a procura espontânea, ou seja, serviços “porta aberta”, mencionados por quase todos os CTA participantes (n=527; 99%) (**Gráfico R9**). O encaminhamento realizado por outro estabelecimento de saúde foi mencionado por 90% (n=482) dos serviços, com participação prioritária dos serviços de Atenção Primária em Saúde, seguida de hospitais e pronto atendimentos públicos. As outras modalidades como as consultas agendadas (com ou sem dias fixos) e agendamentos pelo setor de regulação também foram mencionados pelos CTA, mas estas modalidades estavam mais associadas ao funcionamento dos CTA com SAE (acompanhamento dos usuários já com diagnóstico confirmado).

Gráfico R9 - Distribuição dos CTA segundo modalidades de acesso ao serviço. Brasil, 2023.



Perfil do público atendido

A identificação da clientela atendida pelos CTA é necessária, uma vez que a prevalência de infecção pelo HIV, pelas hepatites virais, por outras IST e pela tuberculose diferem a depender das características de determinadas populações, a exemplo das populações-chave do HIV. Diversas populações vulnerabilizadas enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde e acompanhamento. Assim, mapear o público atendido nos serviços poderá direcionar e qualificar as ações dos CTA na garantia de diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Identificou-se que 64% (n=342) dos CTA possuíam informações sobre a faixa etária da população atendida. A região Norte apresentou a maior porcentagem de serviços com informações sobre faixa etária (n=53; 74%), já a região Sudeste (n=119; 59%) e Sul (n=51; 59%) ficaram abaixo da média nacional. As pessoas de 19 a 29 anos foram as mais frequentes, seguidas da faixa etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, sendo que este dado se repete em todas as regiões. 19 serviços foram excluídos desta análise pois apresentaram inconsistências no ordenamento da faixa etária.

Na análise sobre a escolaridade da clientela, menos da metade dos CTA conseguiram informações (n=259; 48%), sendo as regiões Nordeste e Norte com as maiores proporções (n=71; 57% e n=39; 54%, respectivamente) e a região Sul (n=33; 38%) com o menor número de CTA com informações sobre a escolaridade. O público com ensino médio completo foi o mais atendido nos serviços, logo atrás as pessoas com ensino médio incompleto seguido do fundamental completo. O total de 23 serviços foram excluídos desta análise pois apresentaram inconsistências no ordenamento da escolaridade.

Para este diagnóstico situacional, os CTA ordenaram as populações mais atendidas na sua rotina, 62 serviços foram excluídos desta análise pois apresentaram inconsistências no ordenamento das populações. Dentre elas, a população geral foi a mais mencionada, seguida de HSH e pessoas que fazem uso de drogas. Apesar de o CTA possuir expertise para o cuidado voltado às pessoas vulnerabilizadas, estas, com exceção da população HSH, ainda se encontravam em posições intermediárias, a saber, população negra, trabalhadoras(es) do sexo e pessoas trans e travestis. As pessoas privadas de liberdade, dentre as populações-chave, foram as menos mencionadas, sendo que 23% (n=108) dos CTA não atendiam esta população, a região Centro-Oeste foi a que mais possuía serviços com atendimento a essas pessoas (n=39; 93%) e a Região Norte a que menos atendia, com 71% (n=44). As pessoas em situação de rua também se enquadravam num dos públicos menos atendidos, 13% (n=61) dos CTA não mencionaram atuação junto a esta população. De acordo com o levantamento situacional de 2016, tanto as pessoas privadas de liberdade, quanto as pessoas em situação de rua já eram os seguimentos populacionais menos atendidos nos CTA (Brasil, 2016a).

Numa análise do conjunto de populações-chaves e prioritárias para o HIV, apenas 36% (n=168) dos CTA atendiam todas estas populações.

Os CTA enfrentam dificuldades na obtenção de dados sobre escolaridade, faixa etária e outras características, pois atualmente não há um sistema de informação que seja utilizado nacionalmente como anos atrás, quando o sistema SI-CTA (Sistema de Informação dos CTA) atendia essas necessidades. Soma-se ao fato de que muitos serviços

ainda não possuíam uma rede informatizada, sendo, portanto, obstáculo para que os CTA avaliassem suas estratégias e observassem se as populações mais vulnerabilizadas tinham sido acessadas.

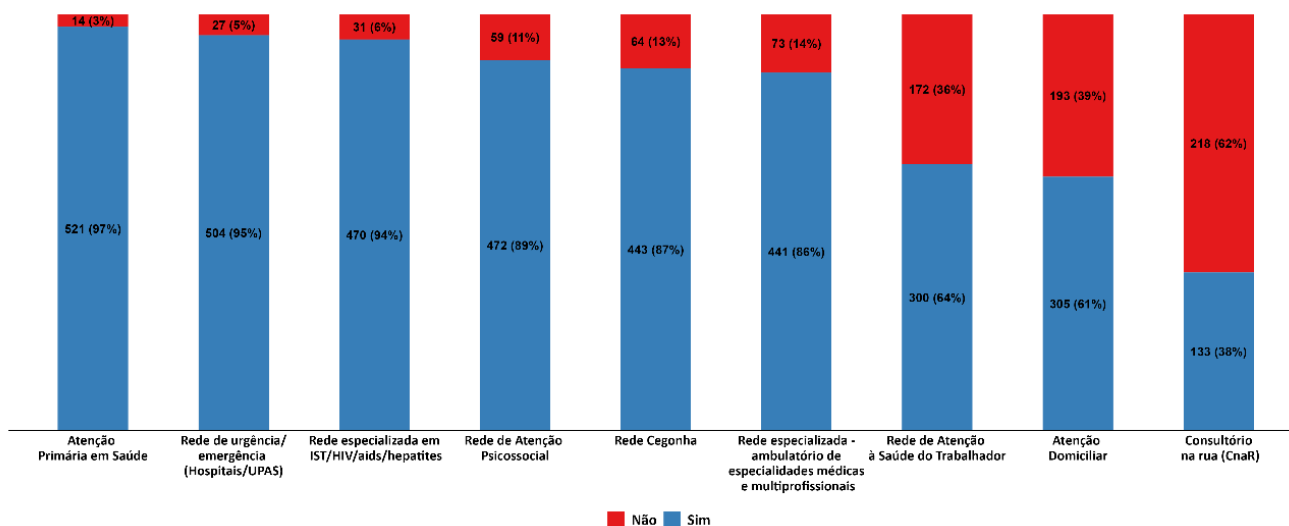
Inserção dos CTA na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A inserção dos CTA na RAS é outro aspecto importante nas diretrizes organizacionais, tanto pela sua função de diagnóstico e captação de novos casos, quanto pelo seu histórico positivo de atendimento às populações vulnerabilizadas. Uma RAS coesa que possua integração com o CTA é condição favorável para o cuidado integral por meio da captação precoce de casos e tratamento oportuno, assim como para o fortalecimento de ações e Educação Permanente em Saúde (EPS) e apoio matricial.

Identificou-se que quase a totalidade dos CTA possuíam articulação com os serviços de APS, rede de urgência/emergência (RUE) e Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites virais (n=521; 97%, n=504; 95% e n=470; 94% respectivamente). Os equipamentos que compõem os serviços de saúde mental (Rede de Atenção Psicossocial) e os serviços de atenção materno-infantil (Rede Cegonha) também foram os mais mencionados pelos CTA, sendo esta parceria necessária para o trabalho com população prioritária (pessoas em uso de álcool/drogas) e para compor estratégias de redução da transmissão vertical de agravos como HIV, sífilis e hepatites virais.

Destaca-se a pouca articulação dos CTA com as equipes de consultório na rua (n=133; 38%) que atuam diretamente com uma das populações prioritárias. Importante esclarecer que esta análise excluiu os CTA inseridos em municípios/locais que não possuíam as modalidades de serviços apresentados no **Gráfico R10**.

Gráfico R10 – Estabelecimentos de referências assistenciais dos CTA. Brasil, 2023.



OBS.: Excluído CTA que não possuíam serviços nas diversas redes temáticas

A existência de uma rede formal de referência para encaminhamento dos casos diagnosticados nos CTA fez parte da análise do diagnóstico situacional. O mapeamento dos pontos de atenção da RAS e sua articulação com os CTA traz informações sobre os fluxos assistenciais estabelecidos localmente por meio da linha de cuidado dos diversos agravos, de acordo com as ações de prevenção combinada e cuidado integral. Assim, foi

possível identificar que a grande maioria dos CTA possuem referência formal para o HIV/aids, as hepatites virais, as IST e pré-natal, com poucas diferenças regionais se comparadas com a média nacional. Entretanto, as referências formais para encaminhamento de casos de tuberculose apresentam-se com menor proporção em comparação aos outros agravos, com as regiões Norte e Centro-Oeste com os menores valores (n=47; 73% e n=33; 80%, respectivamente). A **Tabela R15** apresentou variações do número de CTA total por agravo, pois alguns serviços eram a própria referência regional/local para cuidado e, portanto, foram excluídas desta análise.

Tabela R15 - Distribuição dos CTA segundo existência de referência formal para HIV e aids, hepatites virais, IST, tuberculose e gestante. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HIV e aids (n=423)	405 (96%)	36 (97%)	104 (95%)	61 (94%)	146 (97%)	58 (94%)
Hepatites virais (n=444)	410 (92%)	36 (95%)	104 (89%)	64 (94%)	146 (94%)	60 (91%)
IST (HPV, sífilis adquirida, uretrites, úlceras genitais) (n=446)	407 (91%)	39 (98%)	100 (90%)	56 (90%)	152 (91%)	60 (91%)
Tuberculose (n=453)	389 (86%)	33 (80%)	92 (82%)	47 (73%)	157 (93%)	60 (90%)
Gestante (sífilis, HIV, hepatites virais) (n=461)	432 (94%)	39 (93%)	108 (93%)	62 (93%)	159 (95%)	64 (93%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

A relação entre CTA e a rede laboratorial deve ser próxima, uma vez que algumas das situações clínicas identificadas pelos serviços necessitarão de investigação complementar, quer seja para confirmação diagnóstica, quer seja para o acompanhamento.

Outro aspecto importante quando se fala em inserção na RAS são as ações de apoio matricial, entendida enquanto tecnologia que assegura retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, ou seja, uma metodologia de trabalho que oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007). A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010). Assim, 70% dos CTA informaram realizar apoio matricial, sendo os serviços de APS os mais mencionados. Os CTA possuem papel importante tanto no matriciamento voltado à execução dos testes rápidos, quanto nas ações relacionadas ao diagnóstico e cuidados subsequentes. **Gráficos R11 e R12.**

Gráfico R11 - Distribuição dos CTA que realizam apoio matricial. Brasil, 2023.

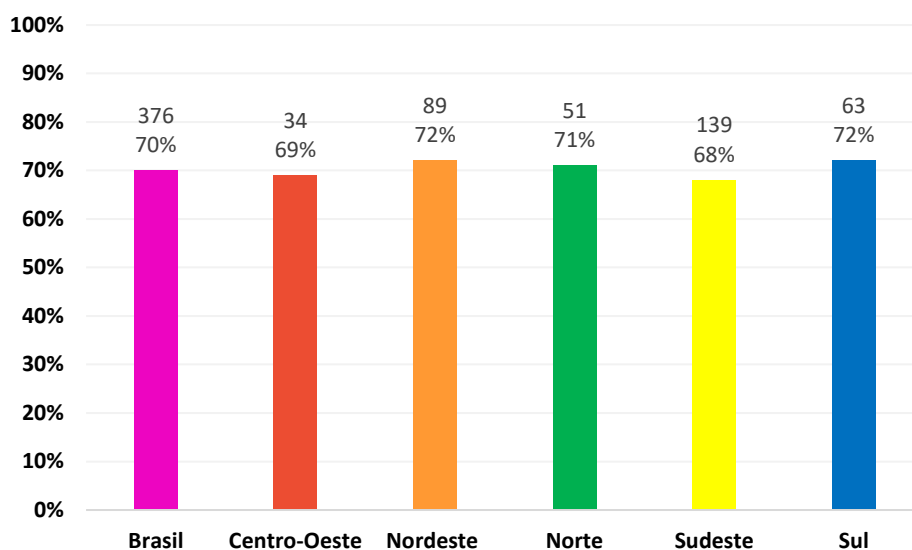
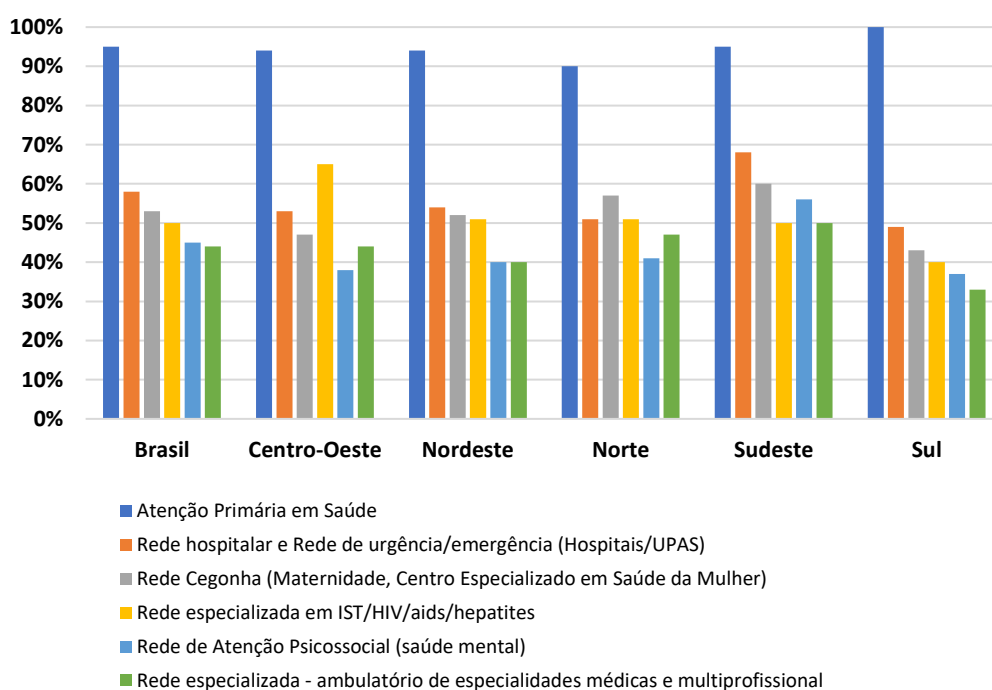


Gráfico R12 - Distribuição dos CTA segundo o tipo de serviço em que realizam o apoio matricial. Brasil, 2023.



Quando se analisa o apoio matricial recebido pelos CTA, a porcentagem de serviços que mencionaram foi menor, com 52% (n=280). A região Sul foi a que apresentou o menor valor com apenas 37% dos CTA (n=32) recebendo matriciamento e, neste caso, o serviço que realiza o apoio matricial para os CTA é o serviço especializado em IST/HIV/Aids/Hepatites virais (**Gráficos R13 e R14; Tabelas S2 e S3** do anexo de tabelas suplementares).

Gráfico R13 - Distribuição dos CTA que recebem apoio matricial. Brasil, 2023.

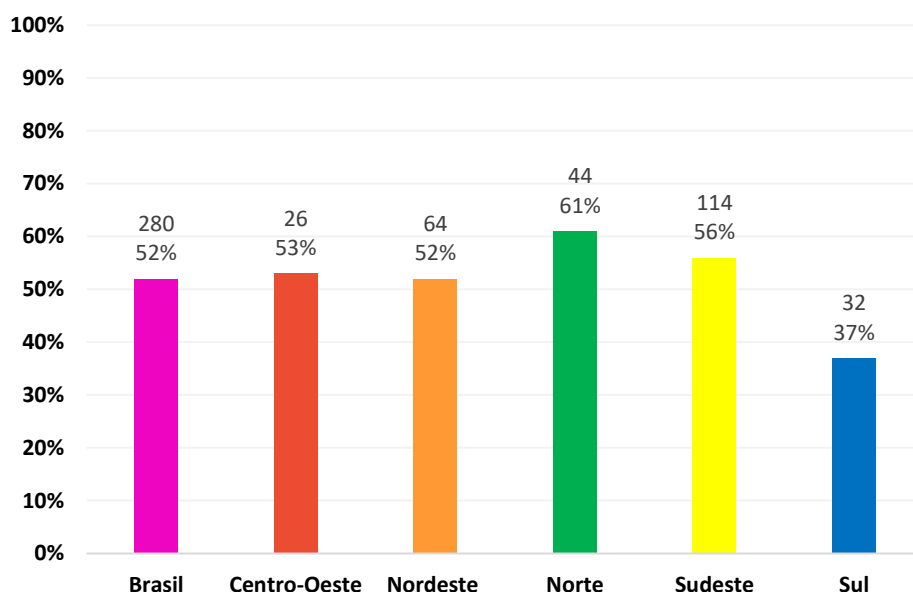
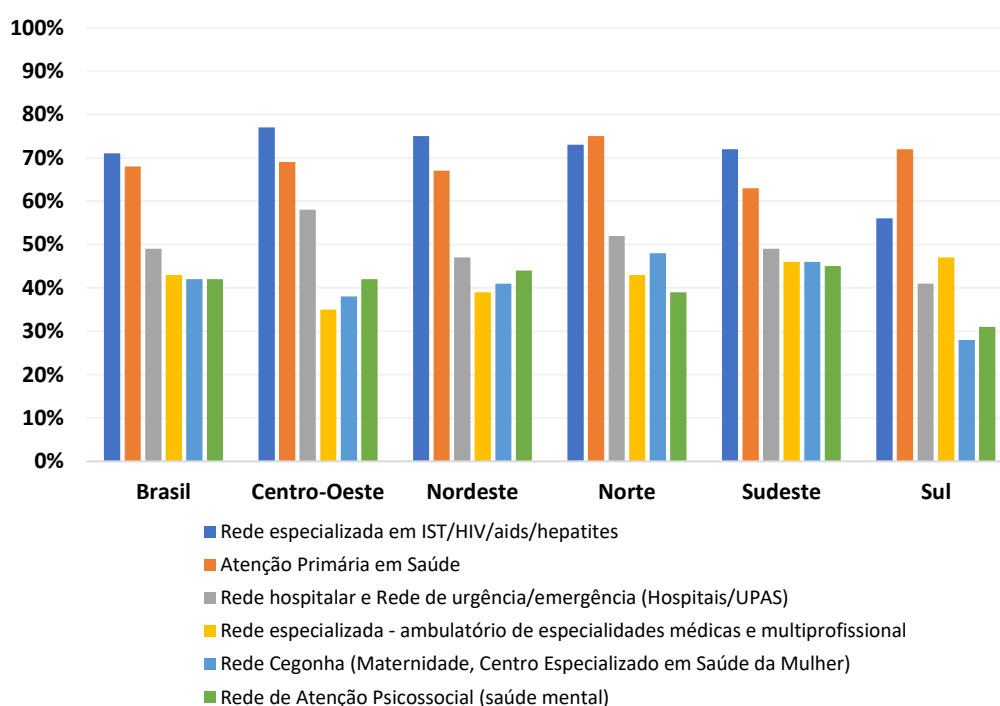


Gráfico R14 - Distribuição dos CTA segundo tipo de serviço de que recebe o apoio matricial. Brasil, 2023.

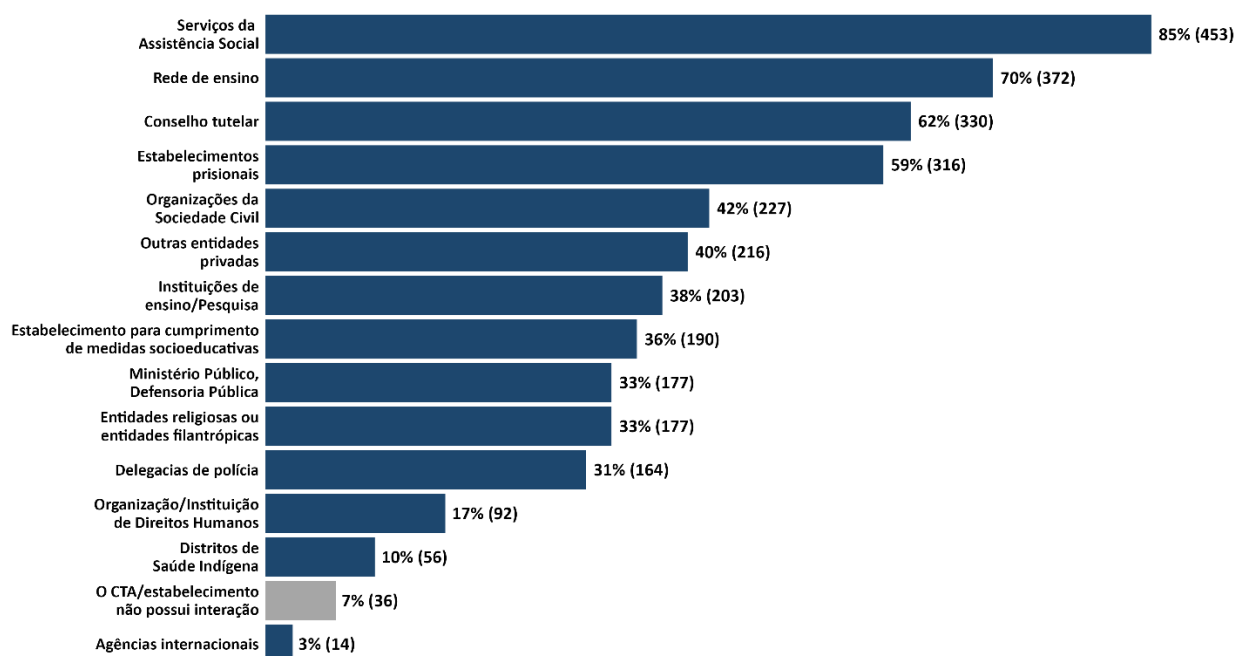


Articulação intersetorial

Seguindo as atuais diretrizes do MS para a organização dos CTA (BRASIL, 2017) é extremamente necessário que ocorra parcerias com outros setores como educação, justiça, assistência social, cultura, entre outros. A intersetorialidade pode ajudar os CTA a atender as populações em situação de maior vulnerabilidade que não conseguem acessar o serviço. Verificou-se no questionário com quais órgãos/entidades se articulavam. Conforme apresentado na **Gráfico R15**, 85% dos CTA (n=453) se articulavam com

serviços da assistência social, o segundo tipo de serviço com que os CTA mais se articulavam foi com a rede de ensino (n=372; 70%), seguido do conselho tutelar (n=330; 62%) e 7% dos CTA (n=36) responderam que não realizavam articulação intersetorial. Este “ranking” foi observado quando analisado em nível nacional. A ocorrência da articulação dos CTA com os serviços da assistência social ter sido apontada com maior frequência vai ao encontro do Acordo de Cooperação Técnica entre SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - Termo de Cooperação Técnica nº 60/2021, que tem por objetivo estabelecer a mútua cooperação técnica para a conjugação de esforços entre saúde e assistência social, visando o planejamento, monitoramento, execução e avaliação de ações para aprimorar a articulação entre o SUS e SUAS, especialmente relacionadas à inclusão da pessoa em situação de maior vulnerabilidade para o HIV, hepatites virais, hanseníase, tuberculose e prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2021a).

Gráfico R15 – Distribuição dos CTA segundo a articulação ou interação intersetorial. Brasil, 2023.



Ao se verificar estes dados nas macrorregiões brasileiras (**Tabela R16**), a maior interação dos CTA continuou ocorrendo com os serviços de assistência social, exceto na região Centro-Oeste, onde os CTA se articulam mais com os estabelecimentos prisionais (Presídios, Penitenciárias, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), Manicômios Judiciários, Sanatórios Penais, Colônias Agrícolas) e os serviços de assistência social aparecem como o segundo mais citado. Os estabelecimentos prisionais, nas demais macrorregiões, aparecem como o quarto mais citado. As Organizações da Sociedade Civil não estão entre as cinco primeiras posições em que o CTA interage nas regiões CO, N e S, aparecendo somente em 5º lugar nas regiões NE e SE, demonstrando pouca relação dos serviços com estas organizações.

Tabela R16 – Distribuição dos CTA segundo a articulação intersetorial. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Serviços da Assistência Social	453 (84,7%)	39 (79,6%)	107 (86,3%)	57 (79,2%)	177 (87,2%)	73 (83,9%)
Rede de ensino	372 (69,5%)	27 (55,1%)	86 (69,4%)	54 (75,0%)	147 (72,4%)	58 (66,7%)
Conselho tutelar	330 (61,7%)	25 (51,0%)	76 (61,3%)	42 (58,3%)	135 (66,5%)	52 (59,8%)
Estabelecimentos prisionais	316 (59,1%)	40 (81,6%)	77 (62,1%)	37 (51,4%)	111 (54,7%)	51 (58,6%)
Organizações da Sociedade Civil	227 (42,4%)	17 (34,7%)	61 (49,2%)	30 (41,7%)	89 (43,8%)	30 (34,5%)
Outras entidades privadas	216 (40,4%)	25 (51,0%)	55 (44,4%)	31 (43,1%)	71 (35,0%)	34 (39,1%)
Instituições de Ensino/Pesquisa	203 (37,9%)	21 (42,9%)	51 (41,1%)	23 (31,9%)	71 (35,0%)	37 (42,5%)
Estabelecimento para cumprimento de medidas socioeducativas	190 (35,5%)	19 (38,8%)	49 (39,5%)	23 (31,9%)	73 (36,0%)	26 (29,9%)
Ministério Público, Defensoria Pública	177 (33,1%)	15 (30,6%)	40 (32,3%)	25 (34,7%)	67 (33,0%)	30 (34,5%)
Entidades religiosas ou entidades filantrópicas	177 (33,1%)	18 (36,7%)	51 (41,1%)	27 (37,5%)	64 (31,5%)	17 (19,5%)
Delegacias de polícia	164 (30,7%)	14 (28,6%)	41 (33,1%)	32 (44,4%)	54 (26,6%)	23 (26,4%)
Organização/Instituição de Direitos Humanos (governamental ou não-governamental)	92 (17,2%)	9 (18,4%)	25 (20,2%)	11 (15,3%)	38 (18,7%)	9 (10,3%)
Distritos de Saúde Indígena / Fundação Nacional do Índio	56 (10,5%)	12 (24,5%)	7 (5,6%)	22 (30,6%)	8 (3,9%)	7 (8,0%)
Não realiza articulação intersetorial	36 (6,7%)	3 (6,1%)	8 (6,5%)	8 (11,1%)	12 (5,9%)	5 (5,7%)
Agências internacionais	14 (2,6%)	3 (6,1%)	1 (0,8%)	3 (4,2%)	1 (0,5%)	6 (6,9%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção

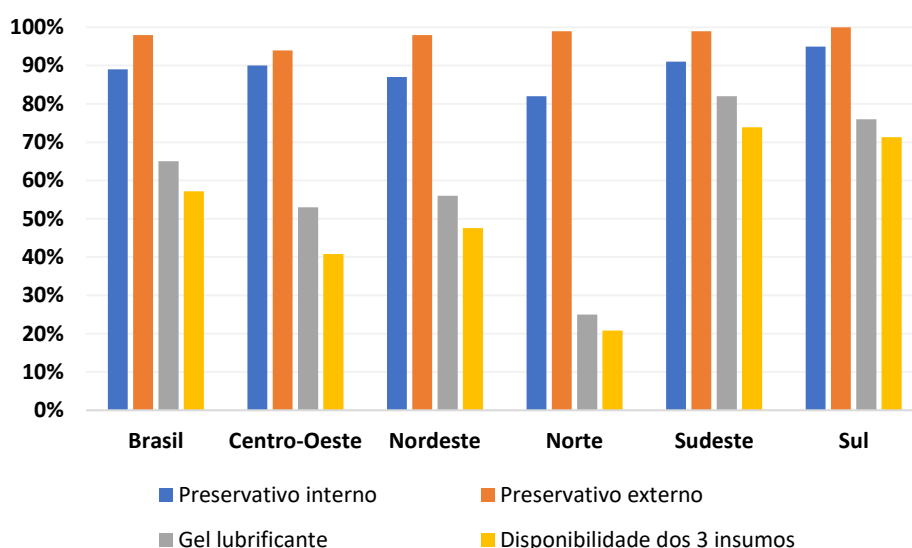
A análise dos insumos de prevenção focou-se nas tecnologias de distribuição e acesso de preservativos e gel lubrificante, autoteste, profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP).

Insumos clássicos de prevenção

Os preservativos externos compõem o insumo mais distribuído pelos CTA, com valores se aproximando de 100% (n=526). Apenas a região Centro-Oeste (n=44; 90%) apresentou valores abaixo da média nacional. Os preservativos internos também são distribuídos pela maioria dos CTA, mas com porcentagem inferior ao do preservativo externo (n=478; 89%), as regiões Norte (n=59; 82%) e Nordeste (n=108; 87%) ficaram abaixo da média geral.

O gel lubrificante foi o insumo com menor disponibilização pelos CTA (n=346; 65%) e de acordo com o **Gráfico R16** há muitas diferenças regionais – o Sudeste (n=166; 82%) e o Sul (n=66; 76%) mantiveram uma distribuição bem acima da média dos CTA enquanto na região Norte apenas 25% (n=18) dos serviços disponibilizavam esse insumo. Importante mencionar que o questionário foi aplicado durante um período em que a disponibilização deste insumo não estava sendo realizado pelo MS, ficando sob responsabilidade dos estados e dos municípios a aquisição do gel lubrificante.

Gráfico R16 - Distribuição dos CTA segundo disponibilidade de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante). Brasil, 2023.



Quando se analisa a disponibilidade do gel lubrificante, preservativo interno e externo apenas 57% (n=306) dos serviços relataram possuir os 3 insumos juntos. Também é possível identificar situações regionais discrepantes: as regiões Sudeste (n=150; 74%) e Sul (n=62; 71%) com valores acima de 70% e a região Norte com 21% (n=15) dos CTA nesta condição.

Do ponto de vista do acesso a estes insumos, quase a totalidade dos CTA mencionaram a retirada de forma livre (99%), não vinculada a nenhum procedimento prévio como cadastro ou aconselhamento. Alguns serviços mencionaram a necessidade de cadastro ou atendimento no serviço, mas esta condição estava mais associada à distribuição racionalizada de gel lubrificante.

Autoteste para detecção da infecção pelo HIV

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu documento *Guidelines on HIV self-testing and partner notification* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), define o autoteste para o HIV como um processo no qual um indivíduo coleta sua própria amostra (fluido oral ou sangue) e, em seguida, realiza um teste e interpreta o resultado, sozinho ou com alguém em quem confia. Já a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define autoteste como “produto para o acompanhamento das condições de uma doença ou detecção de condições específicas, com a intenção de auxiliar o paciente, porém não conclusivo para o diagnóstico, realizado por leigos, profissionais da área da saúde ou pelo laboratório clínico” (BRASIL, 2015). O autoteste para detecção da infecção pelo HIV, compreendido quanto uma das estratégias que compõem a prevenção combinada, embora seja adquirido de maneira centralizada pelo MS desde 2018 e distribuído a todos as UF como mais uma opção de testagem, ainda é pouco utilizada pelos CTA, ou seja, sendo que apenas 52% dos serviços (n=276) mencionaram o seu uso. Numa comparação entre as regiões, o Sudeste e o Sul apresentaram valores acima da média nacional com 59% (n=120) e 57% (n=50), respectivamente. A região Norte é a que menos disponibiliza este insumo com 35% dos CTA (n=25%) (**Tabela S4** do anexo de tabelas suplementares).

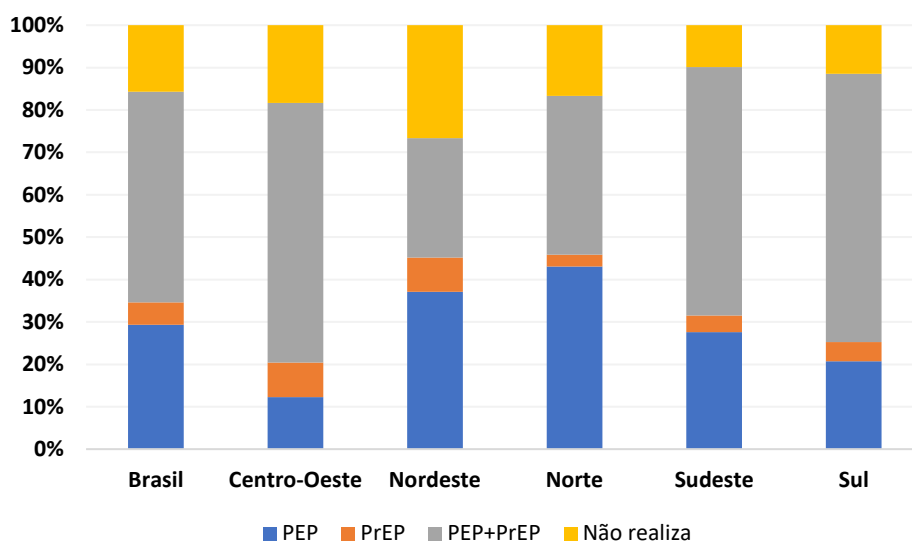
Profilaxia Pré-exposição (PrEP) E Profilaxia Pós-exposição (PEP)

A PrEP e PEP, consideradas estratégias adicionais de prevenção, têm sido estimuladas pelo Ministério da Saúde de acordo com o conjunto de ações da prevenção combinada, com o objetivo principal de ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV.

A PEP está mais incorporada nos CTA, 79% (n=423) dos serviços mencionaram realização desta estratégia com um aumento se comparado ao relatório de 2016 em que 71,2% dos serviços realizavam esta atividade (BRASIL, 2016a). A região Sudeste é a que possui mais CTA com PEP (n=175; 87%), seguida da região Sul (n=73; 84%). O Nordeste apresenta a menor proporção com 65% (n=81) dos CTA com PEP (**Gráfico R17**).

A PrEP não acompanhou as mesmas porcentagens se comparada à PEP, estando presente em um pouco mais da metade dos CTA (n=294; 55%). Importante mencionar que grande parte dos CTA que dispõe desta tecnologia também prescreviam a PEP. As regiões Centro-Oeste (n=34; 69%), Sul (n=59; 68%) e Sudeste (n=127; 63%) apresentaram valores acima da média nacional. Já a região Nordeste e Norte possuíam as maiores porcentagens de CTA que ainda não incorporaram esta atividade na sua rotina (**Gráfico R17** e **Tabela S5** do anexo de tabelas suplementares).

Gráfico R17 - Distribuição dos CTA segundo realização de PrEP e PEP. Brasil, 2023.



Em todos os serviços que mencionaram realizar PEP e PrEP foi constatada a existência de farmácia/UDM, condição favorável para a qualidade da oferta desta tecnologia para as populações elegíveis, pois garante o acesso oportuno aos medicamentos. Outro aspecto analisado foi a disponibilização destas tecnologias em serviços onde não há atuação de médicos, na tentativa de se avaliar a ampliação do acesso à PEP e à PrEP, conforme diretrizes do MS que autorizam a prescrição pelos enfermeiros e farmacêuticos. Apesar de uma pequena parcela, foi possível identificar CTA que realizavam prescrição de PEP e PrEP e que não possuíam médicos na equipe: 30 CTA realizavam PEP (6%) e 20 CTA realizavam PrEP (4%), sendo a região Sudeste a que mais concentrou CTA nesta situação.

Insumos para redução de danos

O kit de redução de danos é componente importante em ações de prevenção combinada, por isso, o diagnóstico situacional procurou identificar o uso destes materiais no cotidiano de trabalho dos CTA. Menos de 25% (n=126) dos serviços mencionaram o uso de kit de redução de danos, com poucas diferenças regionais (**Tabela R17**). Quando se analisou qualitativamente os insumos dos kits de redução, poucos CTA disponibilizavam materiais além de folheto informativo e preservativos, tornando o uso muito mais vinculado às estratégias já consolidadas da oferta dos insumos clássicos de prevenção e pouco avanço em ações vinculadas ao uso seguro de substâncias psicoativas (inalatórias e injetáveis), por exemplo.

Tabela R17 - Distribuição dos CTA segundo a disponibilização de insumos para redução de danos. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Disponibilidade de kit de redução de danos	126 (24%)	15 (31%)	31 (25%)	21 (29%)	44 (22%)	15 (17%)
Componentes do kit de redução de danos (n=126)						
Seringas e agulhas descartáveis	14 (11%)	0 (0%)	4 (13%)	3 (14%)	6 (14%)	1 (7%)
Cartão	4 (3%)	0 (0%)	2 (6%)	0 (0%)	2 (5%)	0 (0%)
Lenço umedecido em álcool	4 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	2 (5%)	0 (0%)
Água destilada	7 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (10%)	4 (9%)	1 (7%)
Recipiente de diluição	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	1 (2%)	0 (0%)
Garrote	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (5%)	0 (0%)
Soro de limpeza nasal	7 (6%)	1 (7%)	0 (0%)	2 (10%)	4 (9%)	0 (0%)
Folheto informativo	91 (72%)	12 (80%)	21 (68%)	14 (67%)	32 (73%)	12 (80%)
Preservativos	126 (100%)	15 (100%)	31 (100%)	21 (100%)	44 (100%)	15 (100%)
Protetor labial	4 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
Combinações mais frequentes dos insumos do kit (n=126)						
Preservativo e folheto	73 (58%)	11 (73%)	17 (55%)	12 (57%)	23 (52%)	10 (67%)
Só preservativo	30 (24%)	3 (20%)	9 (29%)	6 (29%)	9 (20%)	3 (20%)
Outras combinações	23 (18%)	1 (7%)	5 (16%)	3 (14%)	12 (27%)	2 (13%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Diagnóstico de HIV, hepatites virais, sífilis, IST e tuberculose:

A média diária de atendimento nos CTA foi de 33,2 usuários e a média diária de testagem diferiu para cada agravo, sendo para o HIV 13,8 testes, para hepatite B 12,8 testes e hepatite C 12,9 testes. No questionário não foi abordada questão sobre o quantitativo de testes para sífilis.

Diagnóstico da infecção pelo HIV

Todos os CTA participantes (n=535) responderam que ofertam testagem rápida para o diagnóstico da infecção pelo HIV. O Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018a) do MS apresenta seis fluxogramas de testagens para o diagnóstico de infecção pelo HIV, sendo o fluxograma que emprega testes rápidos considerado preferencial por possibilitar a testagem e diagnóstico, se for o caso, já durante o primeiro atendimento (BRASIL, 2018a).

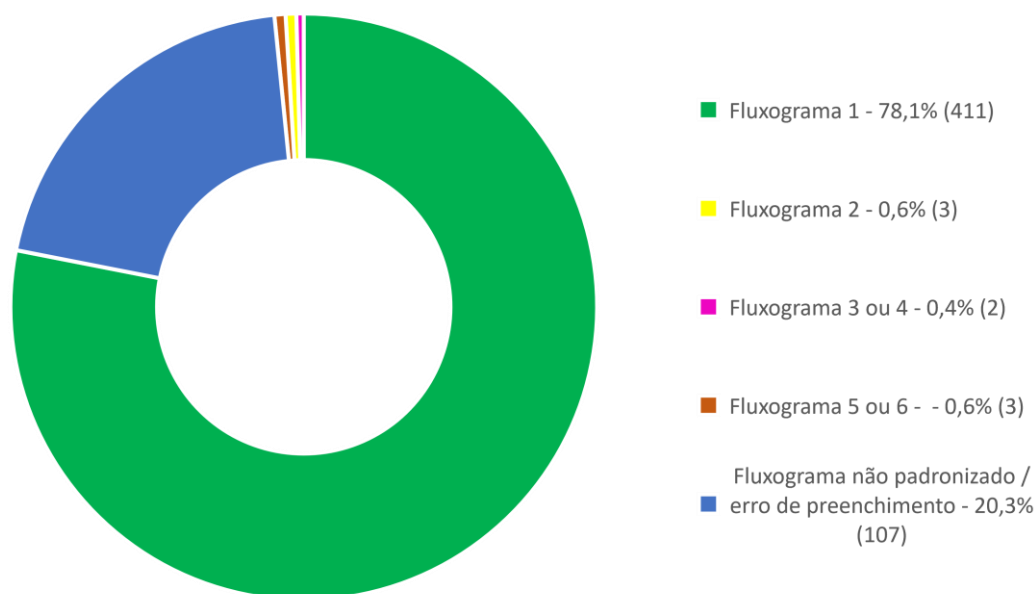
Analisando as respostas sobre as estratégias de testagem que os CTA utilizavam para o diagnóstico da infecção pelo HIV foi possível identificar os fluxogramas adotados. O questionário *online* possibilitou aos CTA assinalarem a sequência de dois testes para o diagnóstico sorológico, os diversos exames e a padronização dos fluxogramas previstos

pelo Dathi/SVSA/MS estão dispostos no **Quadro R1**. Neste contexto, 78% dos CTA utilizam o fluxograma 1, que consiste na testagem sequencial utilizando dois testes rápidos de diferentes fabricantes em amostras de sangue por punção digital ou venosa; 15% dos serviços utilizam fluxogramas não recomendados pelo MS, como por exemplo: autoteste de HIV por punção digital seguido por teste rápido em amostras de sangue por punção digital ou venosa, teste rápido em amostras de sangue por punção digital ou venosa seguido por ELISA ou CV, teste rápido em amostras de sangue por punção digital ou venosa seguido de teste rápido com amostra de fluido oral, e teste rápido em amostras de sangue por punção digital ou venosa seguido por TR de Ag/Ac em amostras de sangue por punção digital ou venosa. Uma pequena parcela, 26 questionários (5%), apresentaram equívoco no preenchimento destas respostas, como por exemplo: responderam que utilizavam duas vezes o autoteste de HIV por punção digital, ou duas vezes o autoteste de HIV por fluido oral, duas vezes CV, duas vezes Western blot/Imunoblot/Imunoblot rápido, duas vezes o teste de carga viral rápida. Alguns respondentes (1,6%) ainda sinalizaram utilizar os outros fluxogramas de diagnóstico recomendados pelo MS. As porcentagens de utilização dos tipos de fluxograma de testagem por macrorregião se mantiveram semelhantes ao nacional.

Quadro R1 – Fluxogramas padronizados no Manual Técnico de Diagnóstico da Infecção pelo HIV de acordo com o questionário “Censo CTA”. Brasil, 2023.

Fluxograma padronizado MS	Tipo de metodologia utilizada	
	1º triagem diagnóstica	2º triagem diagnóstica
1	TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) - TR1	TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) de fabricante diferente do primeiro teste - TR2
2	TR com amostra de fluido oral	TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) de fabricante diferente do primeiro teste - TR2
3 ou 4	ELISA e variações	Teste molecular (carga viral)
3 ou 4	Quimioluminescência	Teste molecular (carga viral)
5 ou 6	ELISA e variações	Western blot / Imunoblot / Imunoblot rápido
5 ou 6	Quimioluminescência	Western blot / Imunoblot / Imunoblot rápido

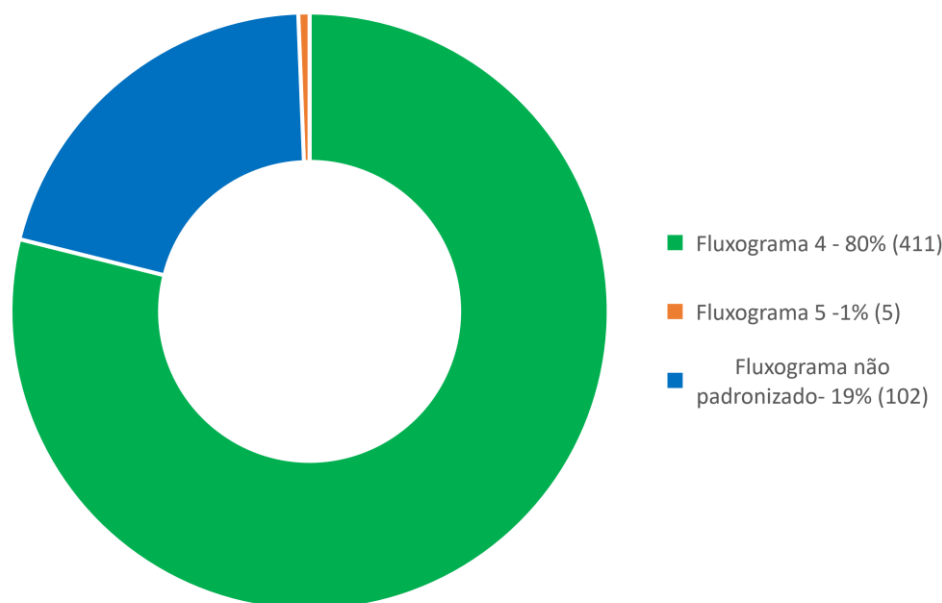
Gráfico R18 - Fluxogramas padronizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasil, 2023.



Diagnóstico das Hepatites B e C

No caso das hepatites B e C, 530 CTA (99,1%) sinalizaram ofertar a testagem rápida. Para o diagnóstico dos agravos, são recomendados no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (BRASIL, 2018b), 3 opções de fluxogramas para o diagnóstico da hepatite B e 2 fluxogramas para o diagnóstico da hepatite C, sendo àqueles que empregam testes rápidos como primeiro teste considerados preferenciais. Para a hepatite B, os dados obtidos no questionário não possibilitaram extrair informações necessárias para se verificar a utilização dos fluxogramas padronizados. Já para a hepatite C, 423 CTA (80%) sinalizaram utilizar a sequência de testes conforme fluxograma 4 do Manual Técnico, ou seja, um teste rápido (TR) anti-HCV seguido de solicitação da CV do HCV (HCV-RNA) ou realização de CV rápida para HCV. Ainda, 5 serviços (1%) utilizavam o fluxograma 5, com a realização de anti-HCV laboratorial e CV convencional ou rápida para HCV; por fim, 102 (19%) responderam parcialmente, não sendo possível verificar qual o fluxograma adotado, pois estes serviços não solicitavam os exames complementares (CV) para conclusão diagnóstica, ou seja, precisavam encaminhar o usuário para outro ponto da rede de saúde (**Gráfico R19**).

Gráfico R19 - Fluxogramas padronizados para o diagnóstico de hepatite C. Brasil, 2023.



Diagnóstico da Sífilis

O Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis (BRASIL, 2021b) do MS apresenta duas opções de fluxogramas, sendo o fluxograma que emprega um teste rápido treponêmico como primeiro teste considerado preferencial por possibilitar a testagem já durante o primeiro atendimento (quando este teste treponêmico for um teste rápido), e ter maior sensibilidade quando comparado aos testes não treponêmicos laboratoriais.

O questionário abordou a disponibilidade dos testes diagnósticos para sífilis tanto o teste rápido, quanto o teste não treponêmico (VDRL, RPR, USR ou TRUST), o treponêmico realizado em laboratório (FTA-ABS, ELISA, TPHA, MHA-TP, quimioluminescência) e microscopia de campo escuro/pesquisa direta com material corado. Assim, identificou-se que quase a totalidade dos serviços possuíam o teste rápido treponêmico (n=512; 96%). 451 CTA (84%) realizavam ou solicitavam teste não treponêmico, 293 (55%) serviços utilizavam o teste treponêmico realizado em laboratório clínico e alguns mencionaram exames diretos como a microscopia ou pesquisa de material corado (n=7; 1%).

Analisou-se também se os CTA possuíam os dois testes necessários para o diagnóstico de sífilis, assim constatou-se que 82% (n=436) dos serviços conseguiam solicitar/realizar o teste treponêmico e o não treponêmico. A região Norte foi a que possuía a menor porcentagem, tanto para os testes não treponêmico, quanto pelo conjunto de exames para o diagnóstico da sífilis (**Tabela R18**). Este pode ser um ponto de fragilidade, uma vez que para concluir o diagnóstico de sífilis o CTA precisaria encaminhar o usuário para outro ponto da rede, e esta situação poderia ocasionar a perda de oportunidade para o diagnóstico e tratamento.

Tabela R18 - Distribuição dos CTA segundo oferta de exames rápidos e/ou laboratoriais para sífilis (teste treponêmico e/ou não treponêmico). Brasil, 2023.

	Brasil (n=534*)	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Teste rápido para sífilis	512 (96%)	48 (98%)	117 (95%)	66 (92%)	198 (98%)	83 (95%)
Teste não treponêmico	451 (84%)	41 (84%)	105 (85%)	49 (68%)	177 (87%)	79 (91%)
Teste treponêmico + teste não treponêmico	436 (82%)	41 (84%)	100 (81%)	45 (63%)	174 (86%)	76 (87%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul. * Para estas análises, houve a exclusão de 1 CTA, por apresentar resposta inconsistente.

Diagnóstico das IST (exceto HIV, hepatites virais B e C e sífilis)

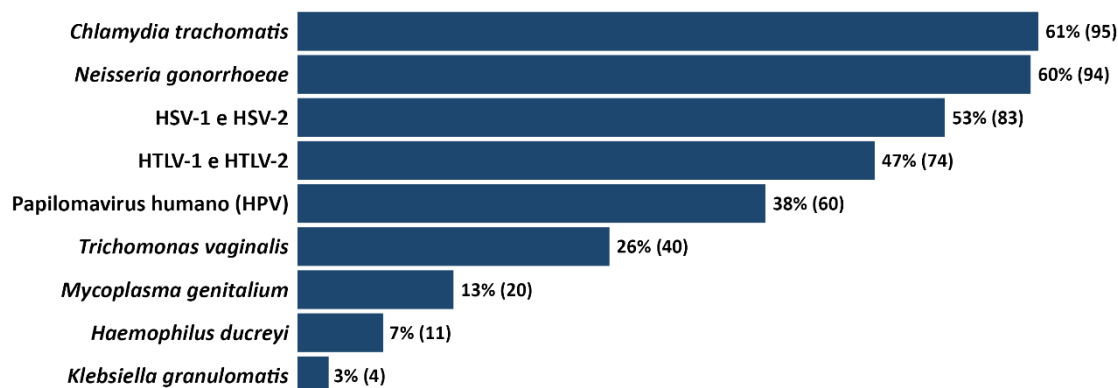
A abordagem para casos de IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais B e C) apresentava algumas fragilidades, sendo a mais relevante, a reduzida quantidade de CTA que conseguiam realizar investigação etiológica das IST (n=156; 30%), impactando diretamente no tipo de abordagem para o seu tratamento (**Tabela R19**). Dentre os CTA que mencionaram realizar investigação etiológica (n=156), um pouco mais da metade fazia pesquisa para clamídia e gonococo, representando apenas 18% dos CTA do Brasil (**Tabela R20**). Os outros agentes etiológicos puderam ser observados conforme o **Gráfico R20**. Os pontos críticos relacionados à abordagem etiológica vão desde a falta de estrutura laboratorial mínima, como sala de coleta e recursos humanos, até a ausência da oferta destes exames e insumos na região de saúde. A região Sul apresentou a maior porcentagem de CTA que realizam a pesquisa de clamídia e gonococo e as regiões Nordeste e Norte as menores.

Tabela R19 - Distribuição dos CTA segundo o tipo de abordagem diagnóstica para clamídia e gonococo. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (n=95)						
Investigação etiológica	76 (80%)	9 (100%)	14 (93%)	7 (70%)	29 (81%)	17 (68%)
Rastreamento	39 (41%)	6 (67%)	8 (53%)	4 (40%)	14 (39%)	7 (28%)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (n=94)						
Investigação etiológica	79 (84%)	9 (100%)	15 (94%)	9 (90%)	29 (83%)	17 (71%)
Rastreamento	54 (57%)	3 (33%)	9 (56%)	4 (40%)	21 (60%)	17 (71%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Gráfico R20 - Principais agentes etiológicos dos testes diagnósticos para IST. Brasil, 2023.



Com relação à finalidade da pesquisa de clamídia e gonococo, identificou-se que a investigação destes agentes para casos de IST sintomática é mais frequente se comparada ao rastreamento de pessoas assintomáticas. De acordo com a **Tabela R19** foi possível observar algumas diferenças regionais.

Tabela R20 - Distribuição dos CTA segundo a testagem para clamídia e gonococo. Brasil, 2023.

	Brasil n=515*	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	95 (18%)	9 (19%)	15 (12%)	10 (15%)	36 (19%)	25 (29%)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	94 (18%)	9 (19%)	16 (13%)	10 (15%)	35 (18%)	24 (28%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul. *20 CTA foram excluídos da análise por resposta inconsistente

Os testes de biologia molecular para rastreio e detecção de clamídia e gonococo em PVHA, eram solicitados em 26% dos CTA (n=137), sendo que as regiões Sul (n=29; 33%) e Sudeste (n=58; 29%) possuíam proporções acima da nacional. A realização de exame preventivo de câncer de colo de útero, em PVHA foi de 24% (n=126), sendo a região Sul a que apresentou a menor proporção de serviços com apenas 15% (n=13) (**Tabela R21**)

Tabela R21 - Distribuição dos CTA segundo realização de exame de rastreamento de CT/NG e câncer de colo uterino em PVHA. Brasil, 2023.

	Brasil (n=535)	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Teste de biologia molecular para detecção de CT/NG em PVHA	137 (26%)	10 (20%)	30 (24%)	10 (14%)	58 (29%)	29 (33%)
Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero em PVHA	126 (24%)	13 (27%)	25 (20%)	13 (18%)	62 (31%)	13 (15%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Diagnóstico da Tuberculose

A busca de sintomáticos respiratórios (SR) é uma atividade prioritária para o controle da tuberculose e pode ser desenvolvida por todos os profissionais de saúde. Particularmente no caso da tuberculose, isso pode significar a doença sendo diagnosticada precocemente, com início oportuno do tratamento e assim interrupção da cadeia de transmissão. Na população vivendo com HIV é prioritário a investigação da tuberculose ativa e da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (BRASIL, 2019).

Dentre os CTA que participaram do censo, um pouco mais da metade (n=295; 55%) mencionou realizar alguma ação relacionada à tuberculose. As ações mais realizadas pelos CTA estavam vinculadas às PVHA como o rastreamento de tuberculose ativa (n=271; 92%) e rastreamento de infecção latente (n=257; 87%) – **Tabela R22**. Já a busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços do CTA/estabelecimento foi apontada por 63% dos CTA (n=186) e a busca ativa de SR na comunidade por 29% (n=86). As regiões Nordeste e Norte apresentaram as menores proporções em todas as ações descritas acima.

Tabela R22 – Distribuição dos CTA segundo as principais atividades realizadas para tuberculose. Brasil, 2023.

	Brasil (n=295) n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Rastreamento de tuberculose ativa para PVHA	271 (92%)	26 (100%)	46 (87%)	20 (80%)	124 (95%)	55 (92%)
Rastreamento de tuberculose latente para PVHA e/ou imunossupressão por outras condições clínicas	257 (87%)	25 (96%)	42 (79%)	20 (80%)	116 (89%)	54 (90%)
Busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços do CTA/estabelecimento	186 (63%)	12 (46%)	25 (47%)	14 (56%)	89 (68%)	46 (77%)
Busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade	86 (29%)	8 (31%)	6 (11%)	6 (24%)	46 (35%)	20 (33%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Com relação aos exames para o diagnóstico de TB, 52% dos CTA (n=280) participantes do censo informaram realizar ou solicitá-los, sendo que as regiões Nordeste (n=47; 38%) e Norte (n=25; 35%) estiveram abaixo desta média (**Tabela R23**). Dos CTA que solicitavam exames diagnósticos (n=280), a baciloscopia de escarro foi o exame mais apontado (n=270; 96%), com poucas diferenças regionais; o exame de cultura para *Mycobacterium tuberculosis*, veio logo em seguida com 71% dos CTA (n=198) e, por fim, o TRM- TB foi o menos mencionado com 65% (n=181). Chamou a atenção as discrepâncias regionais tanto para o exame de cultura para *Mycobacterium tuberculosis* quanto para o TRM-TB, sendo a região Centro-Oeste a menor com 38% (n=9) seguida das regiões Norte (n=13; 52%) e Nordeste (n=25; 53%). O TRM-TB, apesar de constar

como o exame preconizado para o diagnóstico de tuberculose pelo MS (BRASIL, 2019), ainda não é uma realidade nos CTA.

Tabela R23 - Distribuição dos CTA segundo exames para diagnóstico de tuberculose. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Solicitam exames para diagnóstico (n=535)	280 (52%)	24 (49%)	47 (38%)	25 (35%)	127 (63%)	57 (66%)
Tipos de exames solicitados (n=280)						
Baciloscopia de escarro	270 (96%)	23 (96%)	45 (96%)	24 (96%)	126 (99%)	52 (91%)
Cultura para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	198 (71%)	9 (38%)	25 (53%)	13 (52%)	106 (83%)	45 (79%)
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)	181 (65%)	12 (50%)	22 (47%)	8 (32%)	91 (72%)	48 (84%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tratamento, seguimento e vinculação

A vinculação do usuário pode ser entendida como parte do processo que abrange acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém diagnosticada com HIV e aids, tuberculose, hepatites virais, e outras IST a um outro ponto da RAS, onde ela realizará as primeiras consultas e exames, terá acesso ao tratamento e acompanhamento clínico (BRASIL, 2017).

O processo de vinculação pressupõe um encaminhamento corresponsável e para isso são necessários a existência de referências formais e o conhecimento dos fluxos assistenciais entre os pontos de atenção de modo a garantir a continuidade do cuidado após confirmação diagnóstica. Além do encaminhamento, o processo de vinculação pode ser fortalecido com a possibilidade do serviço que realizou o diagnóstico solicitar exames complementares necessários para o seguimento ambulatorial.

Este projeto também previu o diagnóstico situacional alinhado à carteira de serviços proposta pelo Dathi/SVSA/MS, assim para cada agravo de interesse buscou-se identificar CTA que realizavam o manejo clínico, com uso de medicamentos e acompanhamento do usuário.

A seguir serão apresentados os resultados sobre vinculação, acompanhamento e tratamento relacionados ao HIV e aids, hepatites virais, IST e tuberculose.

HIV – Seguimento/ Vinculação

Ao se analisar o seguimento do usuário após o diagnóstico de HIV, identificou-se que 77% dos CTA (n=410) solicitavam exames de avaliação inicial, recomendados pelo PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2023), de modo a contribuir no processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para adesão aos cuidados e tratamentos, fortalecendo a vinculação do usuário ao serviço.

Destes, a maior parte dos CTA (n=404; 99%) solicitava exames de CV e contagem de linfócitos T CD4+. Entretanto, a coleta destes exames no próprio serviço era realizada em

72% (n=294), ou seja, uma parcela de serviços precisava encaminhar o usuário para outro ponto de atenção para a coleta de amostra biológica. As regiões Norte (n=22; 55%) e a Nordeste (n=63; 66%) foram as que apresentaram menos serviços que realizavam a coleta de carga viral de HIV (**Tabela R24**). Segue abaixo a relação completa dos exames complementares recomendados pelo PDCT para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2023) conforme **Tabela R25**.

Tabela R24 - Distribuição dos CTA segundo solicitação de exames de acompanhamento e coleta de carga viral para HIV. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Solicitação de exames de acompanhamento	410 (77%)	34 (69%)	96 (77%)	40 (56%)	162 (80%)	78 (90%)
Solicitação de Carga Viral e Contagem de Linfócitos T CD4+ (n=410)	404 (99%)	34 (100%)	95 (99%)	38 (95%)	159 (98%)	78 (100%)
Realização de coleta (n=404)	294 (72%)	24 (71%)	63 (66%)	22 (55%)	123 (76%)	62 (79%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela R25 - Principais exames complementares disponíveis para acompanhamento clínico da infecção pelo HIV nos CTA que solicitavam exames de avaliação inicial. Brasil, 2023.

Exames complementares (n=410)	n	%
Contagem de linfócitos T CD4+	398	97%
Testes Moleculares (Carga Viral para HIV)	386	94%
Hemograma completo	382	93%
Glicemia de jejum	379	92%
Colesterol total	375	91%
Triglicérides	373	91%
Creatinina	371	90%
Aspartato aminotransferase (AST/TGO)	369	90%
Alanina aminotransferase (ALT/TGP)	366	89%
Colesterol - frações	365	89%
Ureia	362	88%
Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs)	362	88%
Urina tipo 1/Exame Qualitativo de urina	350	85%
Bilirrubina total e frações (BT+F)	341	83%
Teste imunológico para sífilis	332	81%
Radiografia de tórax	324	79%
Gama glutamil transferase (GGT)	323	79%
Prova tuberculínica (PT)	321	78%
Fosfatase alcalina (FA/ALP)	318	78%
Sorologia para toxoplasmose (IgG)	306	75%
Sorologia para HTLV I e II	234	57%
Genotipagem pré-tratamento	219	53%
Sorologia para Chagas	181	44%
Teste de biologia molecular para detecção de clamídia e gonococo	137	33%

Daqueles CTA que solicitavam exames complementares, a sua maioria conseguia ter acesso a exames de avaliação de risco cardiovascular, função renal, função hepática e alguns testes imunológicos. Entretanto, chamou a atenção o rastreamento de clamídia e gonococo para PVHA, identificado em apenas 33% dos CTA (n=137), sendo este número menor na região Norte (n=10; 25%). Para a prova tuberculínica, 78% dos CTA (n=321) solicitavam, sendo esta ação de grande importância para identificar a coinfeção TB-HIV ou infecção latente pela tuberculose, permitindo o tratamento oportuno, quando necessário.

A maioria dos CTA que respondeu ao censo, encaminhava seus usuários para acompanhamento (n=381; 71%), sendo concentrado nos Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/Aids/Hepatites (n=350; 92%) como mostra a **Tabela R26**. Estes mesmos dados são observados na análise por regiões. Quase um terço dos CTA (n=153; 29%) não encaminhava o usuário, pois o serviço era responsável pelo acompanhamento clínico, sendo em sua maioria CTA inseridos em SAE ou em ambulatório de atenção secundária. As regiões Sudeste (n=75; 37%) e Sul (n=28; 32%) apresentavam valores acima dos nacionais. O único serviço que respondeu que não encaminhava e não acompanhava, se tratava de um CTA com SAE e, apesar de não ter corrigido a resposta, ele fazia o acompanhamento.

Tabela R26 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de HIV e aids. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Realiza Encaminhamento para outro serviço	381 (71%)	39 (80%)	93 (75%)	63 (88%)	128 (63%)	58 (67%)
Não realiza o encaminhamento, pois é a referência	153 (29%)	10 (20%)	31 (25%)	9 (13%)	75 (37%)	28 (32%)
Não realiza encaminhamento e não faz acompanhamento	1 (0%)*	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Serviços de saúde de referência para HIV (n=381)						
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	350 (92%)	34 (87%)	83 (89%)	57 (90%)	124 (97%)	52 (90%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais	89 (23%)	9 (23%)	26 (28%)	22 (35%)	18 (14%)	14 (24%)
Atenção Primária à Saúde	79 (21%)	8 (21%)	22 (24%)	18 (29%)	13 (10%)	18 (31%)
Atenção Psicossocial - CAPS, ambulatório de saúde mental	60 (16%)	8 (21%)	16 (17%)	15 (24%)	13 (10%)	8 (14%)
Atenção Hospitalar	56 (15%)	4 (10%)	21 (23%)	12 (19%)	12 (9%)	7 (12%)
Atenção Domiciliar	18 (5%)	3 (8%)	2 (2%)	6 (10%)	5 (4%)	2 (3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N - Norte, SE - Sudeste, S - Sul. *Não considerado na porcentagem geral por se tratar de erro de preenchimento (CTA realiza o seguimento dos casos de HIV).

Outro aspecto identificado no processo de vinculação foi o acesso ao tratamento, observou-se que 71% dos CTA (n=378) prescreviam a TARV inicial, a região Norte com a menor proporção (n=34; 47%) e as regiões Sudeste e Sul com as maiores (ambas 78%, n=158 e n=68, respectivamente). A dispensação de ARV acontecia em 95% dos CTA que

possuíam UDM/farmácia (n=393), as regiões Norte e Nordeste foram as que menos dispensavam ARV (n=39; 85% e n=84; 87% respectivamente) – Tabela R27.

Tabela R27 - Distribuição dos CTA segundo prescrição de TARV e dispensação de ARV. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Prescrição de TARV (n=535)	378 (71%)	31 (63%)	87 (70%)	34 (47%)	158 (78%)	68 (78%)
Dispensação de ARV (n=415)	393 (95%)	38 (100%)	84 (87%)	39 (85%)	168 (100%)	64 (97%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Hepatites B e C– Seguimento/ Vinculação

Com relação ao processo de vinculação relacionado às hepatites B e C, verificou-se que 81% dos CTA (n=431) solicitavam exame de CV para hepatite C, com poucas diferenças regionais. Entretanto a coleta de exame foi mencionada por 71% dos CTA (n=307) que solicitam a CV, as regiões Norte (n=25; 47%) e Nordeste (n=61; 66%) apresentavam as menores proporções de serviços que coletam a CV.

Para a hepatite B, 67% dos CTA (n=357) solicitavam a CV, valor inferior se comparado à hepatite C, a região Nordeste com o menor quantitativo de serviços (n=69; 56%). Com relação à coleta dos exames, 73% dos CTA (n=261) que solicitam CV, apontaram coletar o exame. As Regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores proporções (n=54; 78%) e a região Norte a menor (n=21; 50%), como mostra a **Tabela R28**.

Tabela R28 - Distribuição dos CTA segundo solicitação de CV para hepatite B e C e realização de coleta. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Hepatite C						
Solicitação de CV de HCV (n=535)	431 (81%)	43 (88%)	93 (75%)	53 (74%)	167 (82%)	75 (86%)
Realização de coleta (n=431)	307 (71%)	30 (70%)	61 (66%)	25 (47%)	131 (78%)	60 (80%)
Hepatite B						
Solicitação de CV de HBV (n=535)	357 (67%)	30 (61%)	69 (56%)	42 (58%)	147 (72%)	69 (79%)
Realização de coleta (n=357)	261 (73%)	22 (73%)	49 (71%)	21 (50%)	115 (78%)	54 (78%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Ao se analisar as ações desencadeadas pelos CTA após a conclusão diagnóstica das hepatites B e C, identificou-se que 66% dos CTA (n=351) solicitavam exames de avaliação inicial, recomendados pelo PCDT para hepatite B e 65% para hepatite C (n=348) **Tabela R29**. Daqueles que solicitam exames, a avaliação da função hepática e renal foi mencionada por quase a totalidade de CTA. A relação dos exames complementares pode ser observada na **Tabela R30**.

Tabela R29 - Distribuição dos CTA segundo solicitação de exames complementares para acompanhamento clínico de hepatites virais. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Hepatite B - Exames de avaliação inicial	351 (66%)	35 (71%)	71 (57%)	41 (57%)	147 (72%)	57 (66%)
Hepatite C - Exames de avaliação inicial	348 (65%)	35 (71%)	67 (54%)	41 (57%)	146 (72%)	59 (68%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N - Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Tabela R30 - Principais exames disponíveis para acompanhamento clínico de hepatite B e C nos CTA que solicitam exames iniciais. Brasil, 2023.

	HEPATITE B n=351 n (%)	HEPATITE C n=348 n (%)
Hemograma com plaquetas	329 (94%)	329 (95%)
Aspartato aminotransferase (AST/TGO)	326 (93%)	326 (94%)
Alanina aminotransferase (ALT/TGP)	323 (92%)	323 (93%)
Creatinina	321 (91%)	315 (91%)
Bilirrubina total e frações (BT+F)	320 (91%)	315 (91%)
Ureia	314 (89%)	311 (89%)
Glicemia de jejum	311 (89%)	310 (89%)
Gama glutamil transferase (GGT)	305 (87%)	306 (88%)
Fosfatase Alcalina (FA/ALP)	302 (86%)	299 (86%)
Colesterol total	298 (85%)	297 (85%)
Triglicérides	293 (83%)	292 (84%)
Colesterol - frações	290 (83%)	290 (83%)
Ultrassonografia de abdome superior	302 (86%)	292 (84%)
Proteína total/Albumina	285 (81%)	285 (82%)
Urina tipo 1/Exame Qualitativo de urina	284 (81%)	284 (82%)
Coagulograma	274 (78%)	274 (79%)
Na (sódio)	265 (75%)	267 (77%)
K (potássio)	265 (75%)	264 (76%)
TSH	263 (75%)	262 (75%)
T4 Livre	261 (74%)	260 (75%)
Beta-HCG	258 (74%)	253 (73%)
Ferritina	252 (72%)	251 (72%)
Elastografia hepática	139 (40%)	141 (41%)
Testes imunológicos para hepatite A (Anti-HAV - IgG)	285 (81%)	274 (79%)
Testes imunológicos para hepatite Delta (Anti-HDV)	186 (83%)	-
Testes imunológicos para hepatite B (Anti-HBs/Anti-HBc/AgHBs)	-	302 (87%)
Genotipagem para HCV	-	268 (77%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N - Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Para o tratamento da hepatite B, 55% (n=296) realizaram a prescrição inicial e 51% (n=275) para a hepatite C **Tabela R31**. Importante ressaltar que o encaminhamento acontecia em 75% dos CTA (n=401), sendo os serviços de atenção especializada com maior percentual, 85% para hepatite B (n=342) e 83% para hepatite C (n=321). Dos CTA

que não encaminhavam os usuários, 23% (n=121) realizavam o acompanhamento/tratamento, pois os serviços eram a referência para esses agravos.

Tabela R32.

Tabela R31 - Distribuição dos CTA segundo realização de prescrição inicial para tratamento de hepatite B e C. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Hepatite B - Prescrição inicial	296 (55%)	29 (59%)	54 (44%)	31 (43%)	126 (62%)	56 (64%)
Hepatite C - Prescrição inicial	275 (51%)	27 (55%)	45 (36%)	22 (31%)	126 (62%)	55 (63%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

O mesmo aconteceu no acompanhamento da hepatite C (n=387; 72%), sendo concentrado também nos Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/Aids/Hepatites (n=321; 83%) como mostra a **Tabela R33**, o CTA era responsável pelo acompanhamento clínico em 23% (n=121), ou seja, ele era a referência local/regional.

Tabela R32 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de Hepatite B. Brasil, 2023.

	Brasil (n=535) n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Realiza encaminhamento para outro serviço	401 (75%)	40 (82%)	102 (82%)	61 (85%)	141 (69%)	57 (66%)
Não realiza encaminhamento, pois é a referência	125 (23%)	9 (18%)	20 (16%)	9 (13%)	60 (30%)	27 (31%)
Não realiza encaminhamento e não faz acompanhamento	9 (2%)	0 (0%)	2 (2%)	2 (3%)	2 (1%)	3 (3%)
Serviços de saúde de referência para Hepatites virais (n=401)						
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	342 (85%)	37 (93%)	78 (76%)	55 (90%)	125 (89%)	47 (82%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais	130 (32%)	6 (15%)	45 (44%)	21 (34%)	42 (30%)	16 (28%)
Atenção Primária à Saúde	90 (22%)	6 (15%)	22 (22%)	22 (36%)	22 (16%)	18 (32%)
Atenção Domiciliar	13 (3%)	0 (0%)	2 (2%)	5 (8%)	3 (2%)	3 (5%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela R33 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de Hepatite C. Brasil, 2023.

	Brasil (n=535) n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Realiza encaminhamento para outro serviço	387 (72%)	40 (82%)	93 (75%)	59 (82%)	138 (68%)	57 (66%)
Não realiza encaminhamento, pois é a referência	121 (23%)	9 (18%)	19 (15%)	7 (10%)	60 (30%)	26 (30%)
Não realiza encaminhamento e não faz acompanhamento	27 (5%)	0 (0%)	12 (10%)	6 (8%)	5 (2%)	4 (5%)
Serviços de saúde de referência para Hepatites virais (n=387)						
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	321 (83%)	36 (90%)	69 (74%)	53 (90%)	118 (86%)	45 (79%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais	147 (38%)	11 (28%)	39 (42%)	20 (34%)	55 (40%)	22 (39%)
Atenção Primária à Saúde	102 (26%)	8 (20%)	17 (18%)	22 (37%)	29 (21%)	26 (46%)
Atenção Domiciliar	19 (5%)	0 (0%)	2 (2%)	4 (7%)	7 (5%)	6 (11%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Sífilis - Seguimento/ Vinculação

O CTA pode ser um serviço estratégico na prevenção e no controle da sífilis no Brasil, pois já realiza a testagem rápida (teste treponêmico) e, em muitos serviços, o teste não treponêmico. No caso de teste rápido reagente para sífilis, é importante não perder a oportunidade de tratar as populações mais vulneráveis. Se a equipe não tiver profissional apto a reconhecer as manifestações clínicas, ou não tiver condições de realizar a conclusão diagnóstica, deverá encaminhar/vincular o(a) usuário(a) a uma Unidade Básica de Saúde para realizar o seguimento (BRASIL, 2017).

Com relação ao tratamento da sífilis, 62% dos CTA (n=331) realizam a aplicação de penicilina G benzatina. As regiões Sul (n=48; 55%) e Centro-Oeste (n=29; 59%) apresentaram as menores proporção e a região Norte (n=48; 67%) apresentou o maior quantitativo de serviços que realizam o tratamento de sífilis. Na análise da população tratada, observou-se que quase todos os CTA que apontaram tratamento, mencionaram a população geral (n=328; 99%) sem diferenças regionais. Com relação às gestantes, 68% dos CTA (n=224) realizavam o tratamento e as regiões Centro-Oeste (n=15; 52%) e Norte (n=27; 56%) apresentaram os menores valores se comparados à porcentagem nacional.

Tabela R34.

Tabela R34 - Distribuição dos CTA segundo aplicação de penicilina G benzatina e público tratado. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Realiza a aplicação de penicilina G benzatina (n=535)	331 (62%)	29 (59%)	77 (62%)	48 (67%)	129 (64%)	48 (55%)
Público tratado para sífilis (n=331)						
População em geral	328 (99%)	29 (100%)	75 (97%)	48 (100%)	129 (100%)	47 (98%)
Gestante	224 (68%)	15 (52%)	54 (70%)	27 (56%)	94 (73%)	34 (71%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Quanto ao acompanhamento dos casos de sífilis, 69% dos CTA (n=370) mencionaram seguimento clínico da população geral, houve pouca diferença entre as regiões de saúde, com exceção do Centro-Oeste com 80% dos serviços (n=39). Nas situações em que o acompanhamento não é realizado pelo CTA, observou-se que 96% encaminhavam o usuário para outro ponto da rede, sendo a APS (92%) o mais frequente, seguido dos SAE (25%) – **Tabela R35**.

Tabela R35 - Distribuição dos CTA segundo acompanhamento, encaminhamento e serviços de referência de sífilis para população geral. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Acompanhamento de sífilis em população geral (n=535)	370 (69%)	39 (80%)	91 (73%)	47 (65%)	138 (68%)	55 (63%)
Se é encaminhado quando não acompanhado pelo CTA (n=165)						
Realiza encaminhamento para outro serviço	159 (96%)	10 (100%)	30 (91%)	22 (88%)	65 (100%)	32 (100%)
Para que tipo de serviço se encaminha (n=159)						
Atenção Primária à Saúde	147 (92%)	7 (70%)	28 (93%)	22 (100%)	59 (91%)	31 (97%)
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	39 (25%)	4 (40%)	10 (33%)	3 (14%)	16 (25%)	6 (19%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos / multiprofissionais	28 (18%)	1 (10%)	9 (30%)	2 (9%)	10 (15%)	6 (19%)
Atenção Hospitalar	13 (8%)	0 (0%)	6 (20%)	3 (14%)	3 (5%)	1 (3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Para o acompanhamento das gestantes, 56% (n=301) dos CTA realizam o seguimento clínico, sendo a região Norte com a menor porcentagem de acompanhamento (n=34; 47%). Observou-se que 94% (n=221) encaminhavam as gestantes para outro ponto da rede quando não faziam o acompanhamento no CTA, sendo APS (n=195; 88%) o mais

frequente, notou-se que a região Centro-Oeste ficou abaixo da média nacional com 76% (n=13), seguida da região Sudeste (n=84; 86%) – **Tabela R36**.

Tabela R36 - Distribuição dos CTA segundo acompanhamento, encaminhamento e serviços de referência de sífilis para gestantes. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Acompanhamento de gestante (n=535)	301 (56%)	30 (61%)	76 (61%)	34 (47%)	104 (51%)	57 (66%)
Encaminhamento de gestante (n=234)	221 (94%)	17 (89%)	43 (90%)	34 (89%)	98 (99%)	29 (97%)
Serviços de saúde de referência para sífilis em gestante (n=221)						
Atenção Primária à Saúde	195 (88%)	13 (76%)	39 (91%)	32 (94%)	84 (86%)	27 (93%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais e ambulatórios de saúde da mulher	54 (24%)	4 (24%)	11 (26%)	5 (15%)	29 (30%)	5 (17%)
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	45 (20%)	5 (29%)	8 (19%)	7 (21%)	17 (17%)	8 (28%)
Atenção Hospitalar/Maternidades/Casas de parto	34 (15%)	4 (24%)	8 (19%)	4 (12%)	17 (17%)	1 (3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

IST – Tratamento/Seguimento/ Vinculação

O tratamento das IST sintomáticas é realizado em 64% dos CTA (n=345), houve poucas diferenças entre as regiões, exceto na região Norte com 54% dos serviços (n=39) (**Gráfico R21**). Na análise sobre o tipo de tratamento para as IST, prevalece a abordagem sindrômica (tratamento conforme a síndrome), já explicado pela ausência de estrutura laboratorial ou indisponibilidade do exame na região. Importante mencionar que a maior parcela de CTA que sinalizou a realização do tratamento baseado na abordagem sindrômica e etiológica (tratamento conforme agente etiológico identificado na testagem) (n=268; 78%), mas a predominância foi da abordagem sindrômica, ficando os casos de tratamento etiológico para situações de exceção, como usuários que faziam os exames na rede privada, por exemplo. Havia poucas diferenças dos dados regionais, conforme **Gráfico R22** e **Tabela S6** do anexo de tabelas suplementares:

Gráfico R21 - Distribuição dos CTA (%) segundo realização de tratamento para as IST sintomáticas. Brasil, 2023.

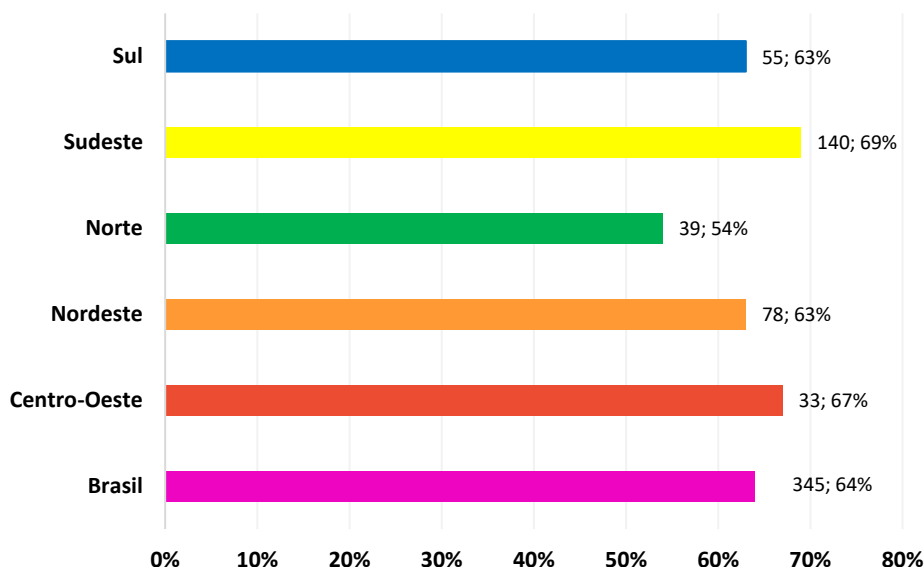
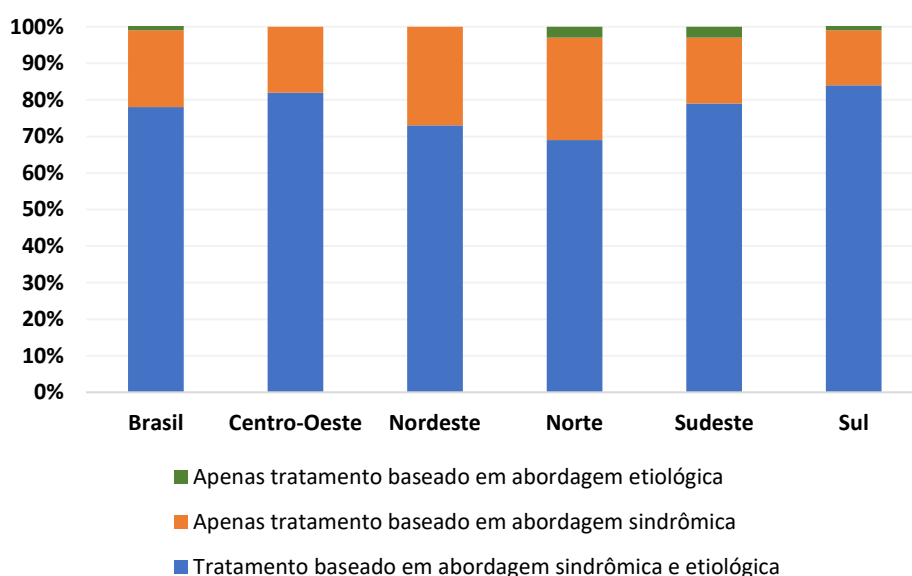


Gráfico R22 - Distribuição dos CTA que realizavam tratamento segundo o tipo de abordagem para as IST. Brasil, 2023.



Tuberculose – Seguimento, Tratamento e Vinculação

Com relação à prescrição inicial para o tratamento de tuberculose, dentre os 295 CTA que realizavam alguma ação voltada a este agravo, 78% mencionaram esta atividade (n=229), isso representou 43% do total de serviços participantes. As menores porcentagens estão no Norte (n=17; 68%) e Nordeste (n=35; 66%) – **Tabela R37**.

O questionário online não abordou o tratamento para ILTB, mas sim o acompanhamento, assim, 84% dos CTA (n=248) mencionaram acompanhar os casos de ILTB, sendo a região Nordeste a única com valor abaixo da média nacional. Estes serviços

em sua maioria estão inseridos no SAE ou ambulatório de atenção especializada – **Tabela R37**.

Tabela R37 - Distribuição dos CTA segundo a realização de prescrição inicial para tuberculose, acompanhamento de ILTB. Brasil, 2023.

	Brasil n=295 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Faz prescrição inicial para TB ativa	229 (78%)	21 (81%)	35 (66%)	17 (68%)	107 (82%)	49 (82%)
Acompanha pessoas com ILTB	248 (84%)	22 (85%)	39 (74%)	21 (84%)	115 (88%)	51 (85%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Quando se analisou o processo de vinculação dos casos de TB, 34% dos CTA (n=100) realizavam o acompanhamento dos casos de tuberculose ativa e, portanto, não realizavam o encaminhamento (**Tabela R38**), sendo que as regiões Sul (n=26; 43%) e Sudeste (n=49; 37%) apresentaram as maiores proporções de serviços nesta situação. Uma parcela mínima de serviço não realizava a vinculação do usuário (n=4; 1%). Os encaminhamentos para outros pontos da RAS foram apontados por 65% dos CTA (n=191). A APS e os serviços de atenção especializada foram os mais frequentes, o Sudeste aparece como a região que menos encaminha para a atenção primária (n=40; 49%) e o Nordeste é a região que menos encaminha para os SAE (n=15; 38%). A rede especializada específica de tuberculose também foi mencionada, a atenção secundária foi apontada por 46% dos CTA (n=87), com os maiores valores para a região Centro-Oeste (n=11; 58%) e Sudeste (n=40; 49%). Já a referência terciária foi mencionada por 22% dos serviços (n=42) e com poucas diferenças regionais.

Tabela R38 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de tuberculose. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Encaminhamento TB ativa (n=295)						
Realiza encaminhamento para outro serviço	191 (65%)	19 (73%)	40 (75%)	18 (72%)	81 (62%)	33 (55%)
Não realiza encaminhamento, pois é a referência	100 (34%)	7 (27%)	11 (21%)	7 (28%)	49 (37%)	26 (43%)
Não realiza encaminhamento e não faz acompanhamento	4 (1%)	0 (0%)	2 (4%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (2%)
Serviços de saúde de referência para TB ativa (n=191)						
Atenção Primária à Saúde	106 (55%)	12 (63%)	21 (53%)	13 (72%)	40 (49%)	20 (61%)
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	88 (46%)	10 (53%)	15 (38%)	9 (50%)	40 (49%)	14 (42%)
Atenção Hospitalar	47 (25%)	3 (16%)	14 (35%)	4 (22%)	17 (21%)	9 (27%)
Serviço de Atenção Domiciliar	16 (8%)	0 (0%)	3 (8%)	3 (17%)	6 (7%)	4 (12%)
Atenção Psicossocial - CAPS, ambulatório de saúde mental	18 (9%)	0 (0%)	5 (13%)	3 (17%)	4 (5%)	6 (18%)

Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais	55 (29%)	5 (26%)	11 (28%)	4 (22%)	21 (26%)	14 (42%)
Atenção Secundária específica para tuberculose	87 (46%)	11 (58%)	16 (40%)	4 (22%)	40 (49%)	16 (48%)
Atenção Terciária específica para tuberculose	42 (22%)	5 (26%)	8 (20%)	4 (22%)	18 (22%)	7 (21%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Para a ILTB, identificou-se que 48% dos CTA (n=142) não encaminhavam os casos pois são os serviços responsáveis pelo acompanhamento dos usuários com este diagnóstico (**Tabela R39**), a região Sul (n=33; 55%) foi a que apresentou a maior proporção de serviços que acompanhavam os casos e a região Centro-Oeste a menor (n=9; 35%). Apenas 16 serviços (5%) não realizavam a vinculação com outro ponto da RAS. Os encaminhamentos foram apontados por 46% dos CTA (n=137), sendo o Centro-Oeste a região que mais encaminhava (n=15; 58%), seguida das regiões Nordeste (n=26; 49%) e Sudeste (n=64; 49%). Quando se analisou os serviços para onde eram encaminhados os casos de ILTB, a APS e os SAE apareceram com valores próximos (55% n=76 e n=75, respectivamente), os ambulatórios de atenção secundária (n=43; 31%) e os hospitais (n=41; 30%) foram citados por aproximadamente 30% dos CTA. A atenção secundária e terciária específica para tuberculose foram informados por 47% (n=65) e 23% (n=32) dos CTA, respectivamente.

Tabela R39 - Distribuição dos CTA segundo realização de encaminhamento para serviço de referência de ILTB. Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Encaminhamento ILTB (n=295)						
Realiza encaminhamento para outro serviço	137 (46%)	15 (58%)	26 (49%)	9 (36%)	64 (49%)	23 (38%)
Não realiza encaminhamento, pois é a referência	142 (48%)	9 (35%)	25 (47%)	12 (48%)	63 (48%)	33 (55%)
Não realiza encaminhamento e não faz acompanhamento	16 (5%)	2 (8%)	2 (4%)	4 (16%)	4 (3%)	4 (7%)
Serviços de saúde de referência para ILTB (n=137)						
Atenção Primária à Saúde	76 (55%)	10 (67%)	13 (50%)	7 (78%)	33 (52%)	13 (57%)
Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	75 (55%)	8 (53%)	10 (38%)	7 (78%)	37 (58%)	13 (57%)
Atenção Hospitalar	41 (30%)	3 (20%)	8 (31%)	4 (44%)	17 (27%)	9 (39%)
Atenção Domiciliar	12 (9%)	0 (0%)	1 (4%)	2 (22%)	5 (8%)	4 (17%)
Atenção Psicossocial - CAPS, ambulatório de saúde mental	14 (10%)	0 (0%)	2 (8%)	2 (22%)	4 (6%)	6 (26%)
Atenção Especializada - Ambulatórios médicos/multiprofissionais	43 (31%)	5 (33%)	9 (35%)	2 (22%)	15 (23%)	12 (52%)
Atenção Secundária específica para tuberculose	65 (47%)	8 (53%)	12 (46%)	2 (22%)	31 (48%)	12 (52%)
Atenção Terciária específica para tuberculose	32 (23%)	4 (27%)	4 (15%)	2 (22%)	16 (25%)	6 (26%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Atividades extramuros

As atividades extramuros potencializam as ações do CTA, ao permitir que os profissionais estejam mais próximos de populações que apresentam dificuldades em acessar serviços de saúde, em especial os segmentos mais vulnerabilizados. Este tipo de atividade foi mencionado por 88% dos CTA (n=472), com poucas diferenças regionais. Dentre as ações executadas pelos serviços, as mais frequentes foram: testagem rápida para o HIV e/ou sífilis e/ou hepatites virais (n=457; 97%), disponibilização de preservativos interno e externo e gel lubrificante (n=437; 93%) e ações de prevenção e/ou controle de IST, sífilis, HIV e hepatites B/C, com foco em educação em saúde (n=424; 90%). A distribuição de autoteste para HIV, assim como ações de redução de danos também se apresentam como atividades que poderiam ser potencializadas, pois muitos CTA, assim como demonstrado anteriormente, não incluíram estas estratégias nas suas atividades extramuros. A parceria com lideranças ou Organizações da Sociedade Civil (OSC) para ações de prevenção foi relatada em 63% dos CTA (n=335), sendo em sua maioria ligadas ao HIV e aids. A região Nordeste (n=93; 75) foi a que mais mencionou parcerias com OSC e a região Sudeste (n=115; 57%) com a menor porcentagem.

Tabela R40 - Distribuição dos CTA segundo realização de atividade extramuros. Brasil, 2023.

	Brasil n=535	REGIÃO				
	n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Realização de atividades extramuros	472 (88%)	42 (86%)	113 (91%)	62 (86%)	183 (90%)	72 (83%)
Parcerias com OSC	335 (63%)	30 (61%)	93 (75%)	44 (61%)	115 (57%)	53 (61%)
Tipos de Atividades Extramuros (n=472)						
Testagem rápida para o HIV e/ou sífilis e/ou hepatites virais	457 (97%)	38 (90%)	112 (99%)	59 (95%)	177 (97%)	71 (99%)
Disponibilização de preservativos interno e externo e gel lubrificante	437 (93%)	39 (93%)	101 (89%)	54 (87%)	176 (96%)	67 (93%)
Ações de prevenção e/ou controle de IST, sífilis, HIV e hepatites virais	424 (90%)	41 (98%)	95 (84%)	51 (82%)	170 (93%)	67 (93%)
Atividades de educação em saúde em instituições	415 (88%)	37 (88%)	101 (89%)	57 (92%)	158 (86%)	62 (86%)
Atividades de orientação preventiva	415 (88%)	40 (95%)	97 (86%)	53 (85%)	161 (88%)	64 (89%)
Disponibilização de material informativo/educativo	404 (86%)	34 (81%)	89 (79%)	46 (74%)	170 (93%)	65 (90%)
Orientações pré e pós-teste	399 (85%)	37 (88%)	95 (84%)	48 (77%)	159 (87%)	60 (83%)
Distribuição de autoteste para HIV	193 (41%)	19 (45%)	39 (35%)	14 (23%)	88 (48%)	33 (46%)
Ações de prevenção e/ou controle de tuberculose	157 (33%)	13 (31%)	23 (20%)	14 (23%)	68 (37%)	39 (54%)

Trabalho de campo de redução de danos	91 (19%)	9 (21%)	25 (22%)	21 (34%)	26 (14%)	10 (14%)
Disponibilização de kit de redução de danos	37 (8%)	3 (7%)	12 (11%)	8 (13%)	9 (5%)	5 (7%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Vigilância e sistema de informação

A grande parte dos CTA não possuía prontuário eletrônico (n=351; 66%), sendo este número maior na região Nordeste (n=113; 91%) e Norte (n=59; 82%). O uso desta ferramenta facilitaria o acompanhamento dos usuários e a comunicação junto a rede de saúde local. Esta situação é agravada pela falta de sistema de informação específica para os CTA (**Gráfico R23**). No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema informatizado (SI-CTA) específico para a gerência do CTA e para a análise de informações epidemiológicas dos usuários atendidos. No estudo publicado em 2008 verificou-se que o sistema não foi implantado, em nenhuma de suas versões, em 36,2% dos serviços do país e a versão mais atualizada, a 2.0, não era utilizada em 60,6% dos CTA (BRASIL, 2008). O SI-CTA foi descontinuado e sem a substituição por outro sistema de informação. Desta forma, a sistematização dos dados coletados pelos serviços, o conhecimento da população atendida e o planejamento de ações futuras tornou-se um desafio, como já apontado no perfil da clientela atendida pelo CTA.

Dentre os sistemas de informação utilizados pelos CTA, identificou-se que o sistema relacionado ao gerenciamento logístico dos medicamentos ARV – SICLOM (n=409; 76%), o GAL (n=383; 72%) e o sistema Laudo (n=353; 66%) foram os mais mencionados. Muitos CTA apontaram a utilização do SISCEL, entretanto, ele é um sistema utilizado apenas pela rede laboratorial para carga viral de HIV e contagem de linfócitos T-CD4+. Provavelmente boa parte desses que responderam usar o sistema confundiram com o uso do Sistema Laudo (versão para serviços assistenciais) a não ser aqueles que fazem parte da rede de carga viral rápida, por exemplo. O SI-CTA, apesar de descontinuado, ainda foi mencionado por 21% dos serviços (n=113) e 6% dos CTA (n=31) não utilizavam nenhum sistema de informação, conforme **Gráfico R24**:

Gráfico R23 - Distribuição dos CTA segundo utilização de prontuário eletrônico. Brasil, 2023.

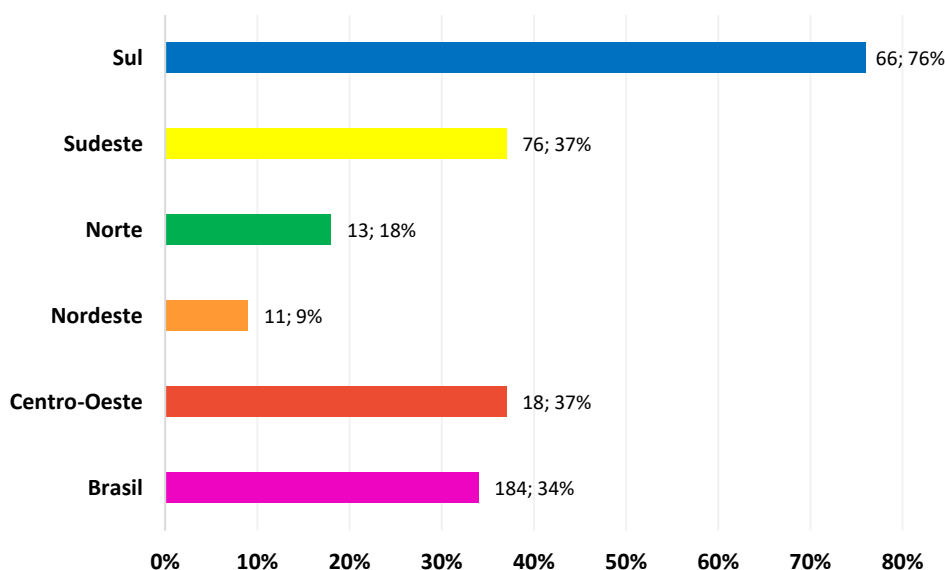
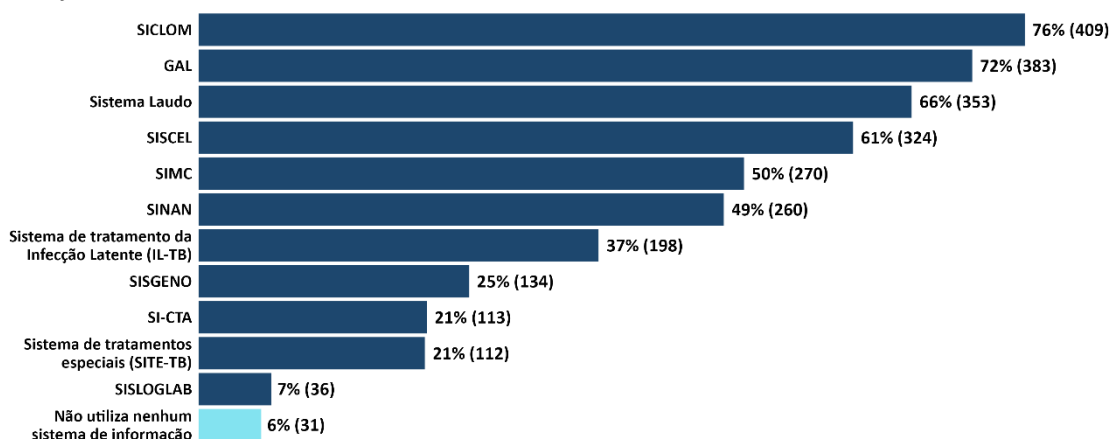


Gráfico R24 - Distribuição dos CTA segundo utilização dos principais sistemas de informações. Brasil, 2023.



A vigilância e as notificações são importantes para a definição das políticas, planejamento e avaliação, visando controle e prevenção de doenças/agraves em todo o país. Os casos de HIV, sífilis, tuberculose e hepatites B e C, por serem doenças que constam na lista nacional de notificação compulsória (BRASIL, 1975; 2014), devem ser notificadas, ou seja, as fichas devem ser preenchidas e encaminhadas ao nível hierarquicamente superior ou ao órgão responsável pela vigilância epidemiológica – municipal, regional, estadual ou federal. Quase a totalidade dos CTA realizavam a notificação dos agravos (n= 520; 97%), sendo que 76% (n=407) preenchiam a ficha de notificação/investigação e encaminhavam à vigilância epidemiológica do município, não havendo diferença significativa entre as regiões. Os CTA identificados como unidade notificadora foram mencionados por 20% dos serviços (n=107), com as regiões Sul (n= 26; 30%) e Sudeste (n= 50; 25%) com a maior proporção de CTA enquadrados nesta

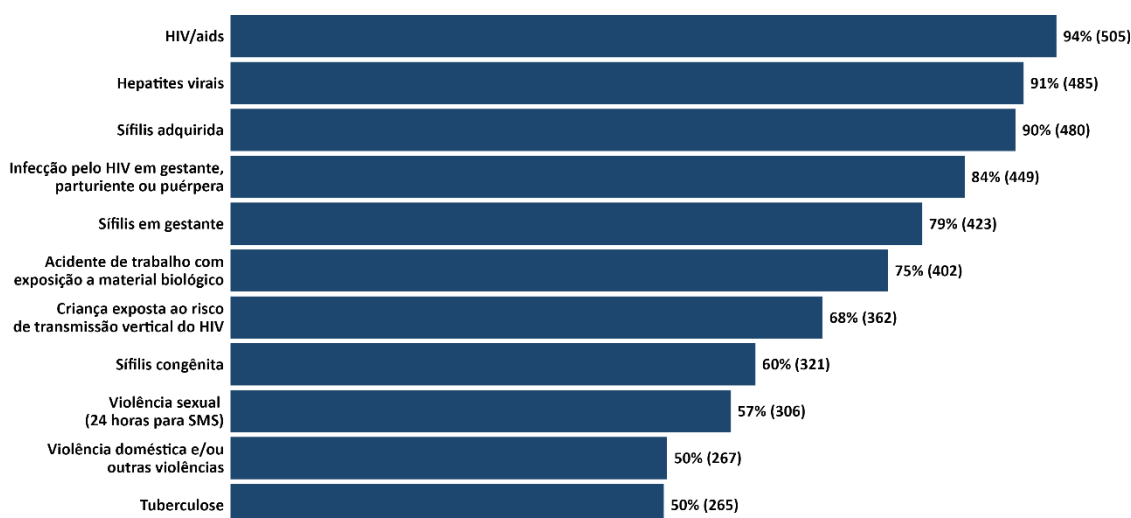
situação **Tabela R41**. Segue, conforme o **Gráfico R25**, os principais agravos e situações de notificação dos CTA.

Tabela R41 - Distribuição dos CTA segundo realização de notificação à vigilância epidemiológica e os agravos/situações notificados(as). Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Digita diretamente no sistema correspondente ao Sinan do agravo	107 (20%)	6 (12%)	16 (13%)	9 (13%)	50 (25%)	26 (30%)
Preenche a ficha de investigação/notificação e encaminha	407 (76%)	42 (86%)	104 (84%)	58 (81%)	143 (70%)	60 (69%)
Outros*	6 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	5 (3%)	0 (0%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul. *uso de e-SUS-VS ou sistema local/próprio de notificação

Gráfico R25 - Distribuição dos CTA segundo os agravos/situações notificados(as). Brasil, 2023.



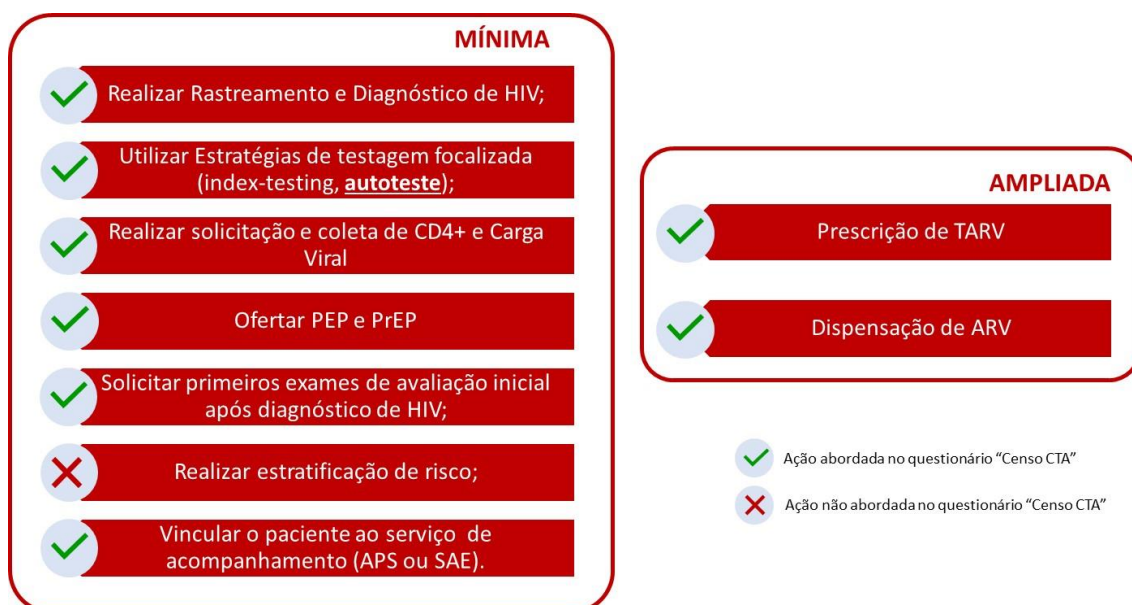
Carteira de serviços dos CTA por agravo

De acordo com as diretrizes para a organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas RAS, o Dathi/SVSA/MS propôs um conjunto de atividades voltadas aos serviços, o qual denominou-se carteira de serviços. Estas ações orientaram o processo de reestruturação dos CTA vinculados ao projeto Proadi-SUS/Einstein. Para cada agravo elencou-se uma carteira de serviços mínima, com ações que deveriam compor a base de trabalho dos CTA, e uma carteira de serviços ampliada, com ações mais complexas relacionadas à diagnóstico e ao tratamento para o HIV e aids, as hepatites virais, as IST e a tuberculose.

Carteira de serviços – HIV e aids

O questionário respondido pelos CTA, permitiu identificar quase a totalidade de ações da carteira mínima e ampliada de HIV, conforme **Figura R3**:

CARTEIRA DE SERVIÇO: HIV



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R3 - Ações da carteira mínima e ampliada de HIV contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.

O questionário permitiu a identificação de quase todas as ações de carteira mínima e ampliada para o HIV e aids, com exceção da realização da estratificação de risco. A carteira mínima completa foi encontrada em 22% dos CTA (n=116). Foi possível identificar muitas diferenças regionais: Sudeste (n= 61; 30%) e Sul (n=26; 30%) com valores acima da média nacional e a região norte com menos de 10% dos CTA (n=6) possuíam o conjunto de ações mínimas preconizados pelo MS **Tabela R42**. A maior parte dos CTA que possuíam a carteira mínima completa possuíam a carteira ampliada completa, ou seja, prescreviam e dispensavam os ARV.

A maior parte dos CTA estava concentrada no grupo que possuía a carteira mínima incompleta (>50% ações preconizadas), ou seja, 59% dos CTA (n=316). Não havia muita variação nas regiões do país. As ações mais frequentes destes CTA com relação à carteira mínima eram: testagem, vinculação e oferta de PEP. Para este grupo de CTA com carteira mínima incompleta (>50% ações preconizadas), identificou-se que 39% (n=209) apresentavam carteira ampliada completa. As regiões Centro-Oeste (n=23; 47%) e Nordeste (n=52; 42%) possuíam valores superiores ao do Brasil. De acordo com a **Tabela R43** foi possível identificar a porcentagem de CTA que realizavam apenas a prescrição, ou apenas a dispensação dos medicamentos ou a inexistência de carteira ampliada.

O terceiro grupo englobou CTA que possuíam carteira mínima incompleta, mas com metade ou menos das ações preconizadas ($\leq 50\%$ das ações preconizadas). Na média brasileira 19% (n=103) dos CTA se enquadravam nesta situação, mas as diferenças regionais chamam a atenção novamente: a Região Norte é a primeira colocada com 38% (n=27), seguida da região Nordeste e Centro-Oeste (n=34; 27% e n=11; 22%, respectivamente); as regiões Sul (n=6; 7%) e Sudeste (n=25; 12%) possuíam poucos CTA neste agrupamento, com valores abaixo da média nacional. As ações que menos apareceram na carteira mínima incompleta ($\leq 50\%$ ações preconizadas) foram: autoteste, prescrição de PrEP e solicitação de carga viral/coleta de exame de carga viral. A maioria dos CTA enquadrados neste terceiro grupo não possuíam carteira ampliada.

Tabela R42 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para o HIV. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Carteira mínima completa	116 (22%)	7 (14%)	16 (13%)	6 (8%)	61 (30%)	26 (30%)
Carteira mínima incompleta (>50%)	316 (59%)	31 (63%)	74 (60%)	39 (54%)	117 (58%)	55 (63%)
Carteira mínima incompleta ($\leq 50\%$)	103 (19%)	11 (22%)	34 (27%)	27 (38%)	25 (12%)	6 (7%)

Tabela R43 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para o HIV. Brasil, 2023.

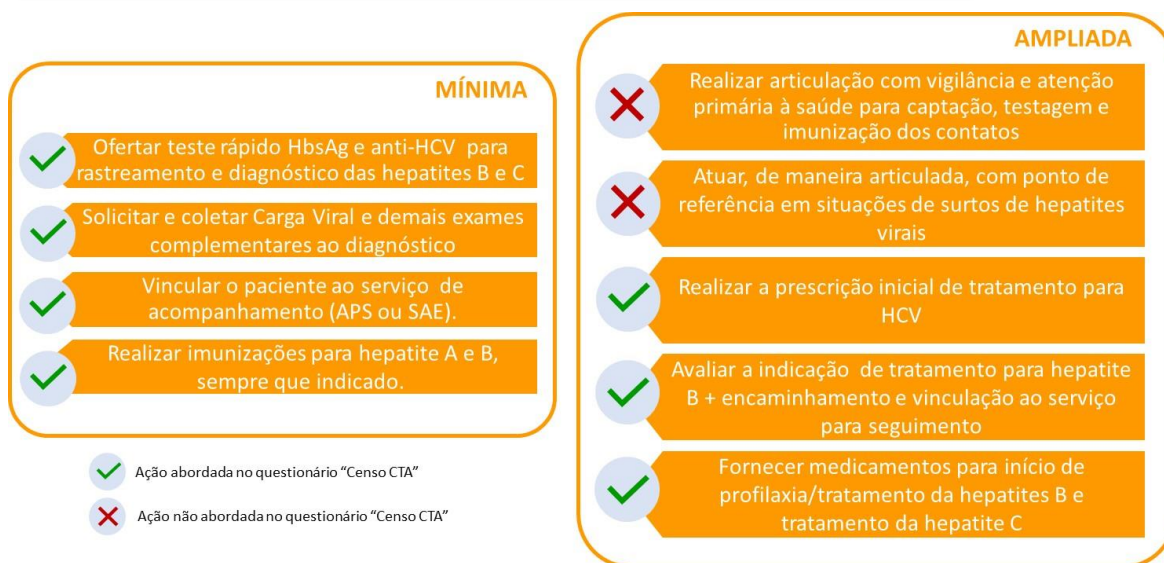
		Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
			CO	NE	N	SE	S
Carteira Mínima	Carteira Ampliada		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Completa	TARV e dispensa medicamento	102 (19%)	7 (14%)	15 (12%)	5 (7%)	55 (27%)	20 (23%)
	Dispensa medicamento	8 (2%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	3 (2%)	3 (3%)
	TARV	6 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2%)	3 (3%)
Incompleta (>50%)	TARV e dispensa medicamento	209 (39%)	23 (47%)	52 (42%)	26 (36%)	74 (37%)	34 (39%)
	Dispensa medicamento	44 (8%)	7 (14%)	9 (7%)	4 (6%)	19 (9%)	5 (6%)
	TARV	40 (8%)	1 (2%)	10 (8%)	2 (3%)	17 (8%)	10 (12%)
	Sem ações da carteira ampliadas	23 (4%)	0 (0%)	3 (2%)	7 (10%)	7 (3%)	6 (7%)
Incompleta ($\leq 50\%$)	TARV e dispensa medicamento	12 (2%)	0 (0%)	2 (2%)	1 (1%)	8 (4%)	1 (1%)
	Dispensa medicamento	18 (3%)	1 (2%)	5 (4%)	2 (3%)	9 (4%)	1 (1%)
	TARV	9 (2%)	0 (0%)	8 (7%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
	Sem ações da carteira ampliadas	64 (12%)	10 (20%)	19 (15%)	24 (33%)	7 (3%)	4 (5%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Carteira de serviços – Hepatites virais (B e C)

A carteira mínima de hepatites virais foi toda contemplada pelas questões do diagnóstico situacional, já as atividades da carteira ampliada foram contempladas parcialmente, conforme a **Figura R4**:

CARTEIRA DE SERVIÇO: Hepatites Virais



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R4 - Ações da carteira mínima e ampliada de hepatite B e C contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.

Na análise das ações contidas na carteira mínima foi possível identificar que 22% dos CTA (n=115) apresentavam todas as atividades preconizadas (**Tabela R44**), sendo a região Sudeste a que concentrava a maior porcentagem (n=67; 33%) e a região Norte com apenas 11% (n=8), metade do valor nacional. A maioria dos CTA possuíam uma carteira mínima incompleta, porém com mais da metade das atividades (>50% ações preconizadas), correspondendo a 74% (n=397) dos serviços. A ação menos frequente nesta carteira de serviços foi a imunização para hepatite A e B, sempre que indicado. Poucos CTA estavam contidos no grupo de carteira mínima incompleta com uma ou duas ações (≤50% ações preconizadas), a região Nordeste (n=11; 9%) apresentou uma porcentagem acima dos CTA em âmbito nacional.

Tabela R44 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para as hepatites virais. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Carteira mínima completa	115 (22%)	8 (16%)	19 (15%)	8 (11%)	67 (33%)	13 (15%)
Carteira mínima incompleta (>50%)	397 (74%)	41 (84%)	94 (76%)	60 (83%)	132 (65%)	70 (80%)
Carteira mínima incompleta (≤50%)	23 (4%)	0 (0%)	11 (9%)	4 (6%)	4 (2%)	4 (5%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Quando se avaliou a carteira mínima associada a carteira ampliada, conforme **Tabela R45**, identificou-se que os CTA que possuíam a carteira mínima completa também apresentavam a carteira ampliada completa, geralmente associada à serviços acoplados a

um SAE. No detalhamento das ações ampliadas, a dispensação do medicamento foi mais frequente, se comparada à prescrição do tratamento das hepatites virais, explicada, em parte, pela presença de farmácia/UDM em 78% dos CTA (n=415).

Os CTA incluídos no agrupamento de carteira mínima incompleta (>50% ações preconizadas) possuíam distribuição de porcentagens semelhantes ao das carteiras ampliada completa (n=140; 26%), ampliada incompleta (n=133; 25%) e sem carteira ampliada (n=124; 23%). Algumas informações regionais se destacam: Sul e Centro-Oeste com os maiores valores de CTA com carteira ampliada completa (n=35; 40% e n=17; 35%, respectivamente), regiões Norte (n=30; 42%) e Nordeste (n=42; 34%) com as maiores porcentagens de CTA sem carteira ampliada, ou seja, não realizavam dispensação e prescrição de medicamentos para o tratamento das hepatites B e C.

Por fim, os CTA com carteira mínima incompleta (≤50% ações preconizadas), não possuíam carteira ampliada e quando possuíam, estavam mais relacionadas à dispensação de medicamento. Houve pouca variação regional.

Tabela R45 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para as hepatites virais. Brasil, 2023.

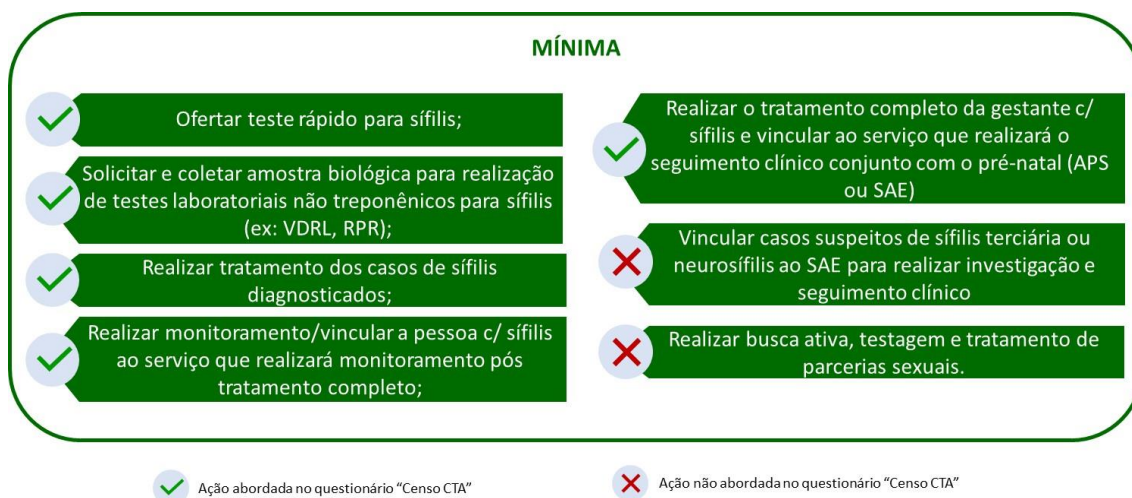
Carteira Mínima	Carteira Ampliada	Brasil n=535	REGIÃO				
		n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Completa	Completa	78 (15%)	5 (10%)	13 (11%)	5 (7%)	47 (23%)	8 (9%)
	Incompleta	32 (6%)	1 (2%)	4 (3%)	3 (4%)	19 (9%)	5 (6%)
	Sem carteira	5 (1%)	2 (4%)	2 (2%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)
Incompleta (>50%)	Completa	140 (26%)	17 (35%)	23 (19%)	10 (14%)	55 (27%)	35 (40%)
	Incompleta	133 (25%)	14 (29%)	29 (23%)	20 (28%)	47 (23%)	23 (26%)
	Sem carteira	124 (23%)	10 (20%)	42 (34%)	30 (42%)	30 (15%)	12 (14%)
Incompleta (≤50%)	Incompleta	8 (2%)	0 (0%)	3 (2%)	2 (3%)	2 (1%)	1 (1%)
	Sem carteira	15 (3%)	0 (0%)	8 (7%)	2 (3%)	2 (1%)	3 (3%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Carteira de serviços – Sífilis adquirida

A sífilis, diferentemente dos outros agravos, foi a única que não possuía carteira ampliada, isso porque o MS considerou que todas as ações para casos de sífilis deveriam compor o conjunto básico de abordagem. Dentre as ações preconizadas, o questionário online não abordou a busca ativa e tratamento de parcerias sexuais, assim como referenciamento de sífilis terciária e neurosífilis para a rede de saúde responsável, conforme **Figura R5**:

CARTEIRA DE SERVIÇO: Sífilis



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R5 - Ações da carteira mínima de sífilis contida no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.

A carteira de serviços completa voltada para a sífilis foi mencionada em 37,4% dos CTA (n=200) – **Tabela R46**, sendo as Regiões Sudeste (n=89; 43,8%) e Nordeste (n=49; 39,5%) as que ofertavam um conjunto mais abrangente de ações para casos de sífilis. A maior parte dos CTA (n=334; 62,4%) possuíam carteira incompleta, com maior participação de serviços da região Norte (n=54; 75,0%) e Centro-Oeste (n=35; 71,4%) (Tabela R46). A principal fragilidade nas atividades residia na ausência de tratamento para a sífilis. De acordo com os dados apresentados acima, somente 62,4% dos CTA (n=334) realizavam tratamento de sífilis e este dado implica num maior quantitativo de serviços com a carteira incompleta. Apesar desta ação ainda não estar consolidada nos CTA, a participação da APS é notória, dada que quase todos os serviços referiram encaminhar os casos para as Unidades Básicas de Saúde. Apenas um CTA mencionou que não possuía carteira de serviços para sífilis **Tabelas R34 e R35**.

Tabela R46 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para sífilis. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Carteira mínima completa	200 (37,4%)	14 (28,6%)	49 (39,5%)	18 (25,0%)	89 (43,8%)	30 (34,5%)
Carteira mínima incompleta (>50%)	334 (62,4%)	35 (71,4%)	74 (59,7%)	54 (75,0%)	114 (56,2%)	57 (65,5%)
Carteira mínima incompleta (≤50%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S - Sul.

Carteira de serviços – IST (exceto HIV, hepatites virais e sífilis)

Para as IST (exceto HIV, hepatites virais e sífilis) a única ação da carteira mínima captada pelo questionário online foi o tratamento segundo PCDT. Para a ampliada duas ações não foram contempladas, conforme **Figura R6**:



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R6 - Ações da carteira mínima e ampliada de IST contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.

De acordo com a carteira mínima de IST e dada a captação reduzida de ações pelo questionário online, foi possível afirmar que 64% dos CTA (n=345) realizavam o tratamento das IST, como já exposto anteriormente, com poucas variações regionais, exceto para a região Norte (n=39; 54%) que se apresentava abaixo da proporção nacional.

Tabela R47.

A carteira ampliada preconiza a oferta e coleta de exames para investigação etiológica das IST, incluindo o rastreamento. Poucos CTA conseguiram abranger atividades da carteira mínima e ampliada, sendo a região Sudeste a que possuía a maior proporção de serviços (n=16; 8%) **Tabela R48**. A maior parte dos CTA ainda mantiveram poucas ações de investigação etiológica, sendo o rastreamento de câncer de colo de útero em PVHA a ação menos frequente. É possível que este rastreamento esteja mais vinculado à APS, entretanto é preciso garantir que estas pessoas consigam acessar outros pontos de atenção, em especial as populações vulnerabilizadas que encontram diversas barreiras pautadas pelo estigma, discriminação e aspectos da vulnerabilidade programática dos serviços de saúde. Importante mencionar que as ações vinculadas ao diagnóstico de clamídia e gonococo foram obtidas num período na qual o MS estava incorporando, na Rede Nacional de Laboratórios do SUS para HIV, hepatites virais e outras IST, o teste molecular para estes agentes, assim este dado pode não refletir a realidade atual dos CTA.

Tabela R47 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para as IST. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Carteira mínima completa	345 (64%)	33 (67%)	78 (63%)	39 (54%)	140 (69%)	55 (63%)
Sem carteira mínima	190 (36%)	16 (33%)	46 (37%)	33 (46%)	63 (31%)	32 (37%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela R48 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para as IST. Brasil, 2023.

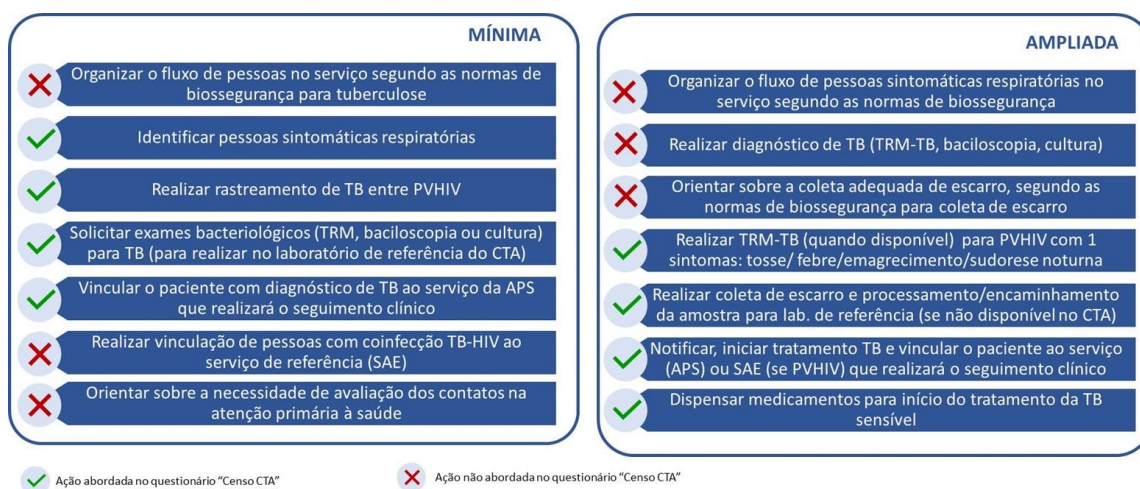
		Brasil	REGIÃO				
			CO	NE	N	SE	S
Carteira Mínima	Carteira Ampliada	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Completa	Completa	21 (4%)	0 (0%)	3 (2%)	1 (1%)	16 (8%)	1 (1%)
	Incompleta	237 (44%)	25 (51%)	51 (41%)	25 (35%)	98 (48%)	38 (44%)
	Sem carteira ampliada	87 (16%)	8 (16%)	24 (19%)	13 (18%)	26 (13%)	16 (18%)
Sem carteira	Incompleta	73 (14%)	7 (14%)	16 (13%)	8 (11%)	30 (15%)	12 (14%)
	sem carteira ampliada	117 (22%)	9 (18%)	30 (24%)	25 (35%)	33 (16%)	20 (23%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Carteira de serviços – Tuberculose

As atividades da carteira de serviços mínima e ampliada para tuberculose, que foram abordadas pelo instrumento de diagnóstico situacional, podem ser observadas conforme **Figura R7**:

CARTEIRA DE SERVIÇO: Tuberculose



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura R7 - Ações da carteira mínima e ampliada de tuberculose contidas no questionário do diagnóstico situacional dos CTA.

As ações da carteira mínima de tuberculose se organizavam em torno da identificação de sintomáticos respiratórios, solicitação de exames bacteriológicos e vinculação tanto para serviços de APS, quanto para serviços especializados no caso de coinfeção TB/HIV. A maior proporção de CTA (n=240; 45%) ainda não possuía ações direcionadas à tuberculose. A região Norte (n=47; 65%) e Nordeste (n=71; 57%) apresentaram valores bem acima da porcentagem nacional. Os serviços que possuíam carteira mínima completa (n=117; 33%) – **Tabela R49**, em sua maioria, estavam fisicamente inseridos em SAE. A região Sul (n=44; 51%) se destacou por apresentar a maior proporção de CTA com carteira mínima completa, seguida da região Sudeste. Dentre as ações da carteira mínima incompleta, a busca ativa de sintomáticos respiratórios foi a menos frequente.

A carteira ampliada, por sua vez, preconiza a realização investigação da tuberculose ativa e da ILTB com coleta de amostra e acesso aos testes de diagnóstico de acordo com o recomendado para cada caso, tratamento, notificação e dispensação de medicamentos. Dentre os CTA com carteira mínima completa, evidenciou-se que a maior proporção possuía atividades ampliadas incompletas (n=102; 19%) – **Tabela R50**. As regiões Sudeste (n=47; 23%) e Sul (n=27; 31%) apresentaram valores superiores aos encontrados em âmbito nacional. A ação menos citada na carteira ampliada foi a coleta de escarro, muitas vezes explicada por dificuldades na estrutura física que não garantia os padrões de biossegurança necessários para a realização desta atividade. Chamou a atenção os CTA que, apesar de não realizarem atividades da carteira mínima, mencionaram carteira ampliada incompleta (n=112; 21%), estes se caracterizavam por estarem fisicamente inseridos em SAE ou ambulatório de atenção secundária. As ações da carteira ampliada mais citadas foram: dispensação de medicamentos para tuberculose e notificação do agravo.

Tabela R49 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima para a tuberculose. Brasil, 2023.

	Brasil n=535 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Carteira mínima completa	117 (33%)	12 (24%)	23 (19%)	12 (17%)	86 (42%)	44 (51%)
Carteira mínima incompleta	118 (22%)	14 (29%)	30 (24%)	13 (18%)	45 (22%)	16 (18%)
Sem carteira mínima	240 (45%)	23 (47%)	71 (57%)	47 (65%)	72 (36%)	27 (31%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela R50 - Distribuição dos CTA segundo carteira mínima e carteira ampliada para a tuberculose. Brasil, 2023.

Carteira Mínima	Carteira Ampliada	Brasil n=535	REGIÃO				
		n (%)	CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Completa	Completa	64 (12%)	3 (6%)	4 (3%)	3 (4%)	37 (18%)	17 (20%)
	Incompleta	102 (19%)	8 (16%)	14 (11%)	6 (8%)	47 (23%)	27 (31%)
	Sem carteira	11 (2%)	1 (2%)	5 (4%)	3 (4%)	2 (1%)	0 (0%)
Incompleta	Completa	9 (2%)	2 (4%)	1 (1%)	0 (0%)	5 (3%)	1 (1%)
	Incompleta	89 (17%)	10 (20%)	24 (19%)	8 (11%)	34 (17%)	13 (15%)
	Sem carteira	20 (4%)	2 (4%)	5 (4%)	5 (7%)	6 (3%)	2 (2%)
Sem carteira	Incompleta	112 (21%)	9 (18%)	29 (23%)	11 (15%)	47 (23%)	16 (18%)
	Sem carteira	128 (24%)	14 (29%)	42 (34%)	36 (50%)	25 (12%)	11 (13%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Quadro R2: Síntese das ações menos frequentes das carteiras mínima e ampliada por agravo.

	Carteira Mínima	Carteira Ampliada
HIV e aids	- Utilização da estratégia de autoteste	- Não identificado
	- Prescrição de PrEP	
	- Coleta de sangue ou solicitação de carga viral	
Hepatites virais	- Imunização hepatite A e B	- Tratamento das hepatites B e C
Sífilis	- Tratamento de sífilis (população geral ou gestante)	Não há carteira ampliada para sífilis
IST	Não identificado (questionário contém uma única ação da carteira mínima)	- Exame de rastreamento de câncer de colo de útero em PVHA (HPV)
Tuberculose	- Busca ativa de sintomático respiratório	- Coleta de escarro no serviço

Fonte: Próprio autor, 2023.

Síntese do diagnóstico situacional por macrorregiões

Região Centro-Oeste

- Representou 10% dos CTA do território nacional, sendo a região com menor número deste tipo de serviço de saúde (**Figura R2A**);
- Em 2016, 80% dos CTA tinham sido implantados, alcançaram esta marca, assim como a região Norte, mais tardiamente quando comparadas às demais regiões (**Gráfico R1**);
- A maioria (94%) estava fisicamente inserida em outro tipo de serviço de saúde, foi a maior porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R3**);

- A região contava com 76% dos CTA funcionando junto ao SAE, foi a porcentagem mais alta entre as macrorregiões (**Tabela R5**);
- A sala de aconselhamento estava presente em 43% dos CTA (Tabela R6);
- 30% possuíam sala de vacina, 20% realizavam algum tipo de imunização (com ou sem sala de vacina), foi a menor porcentagem de imunização entre as macrorregiões (**Tabela R7 e Gráfico R3**);
- A presença de Farmácia/UDM foi mencionada em 78% dos serviços (**Tabela R8**);
- 69% dos CTA realizavam coleta de amostras biológicas. Destes, 74% coletavam em sala específica, esta foi a menor porcentagem de sala específica para coleta nas macrorregiões (**Tabela R9**);
- Laboratório próprio foi apontado em 35% (maior porcentagem dentre as macrorregiões). Destes, 82% com estrutura física adequada, conforme a RDC 50, sendo também a maior porcentagem encontrada (**Tabela R9**);
- 96% dos CTA possuíam referência laboratorial (**Tabela R10**);
- Em relação ao RH foram mencionadas as maiores porcentagens de farmacêuticos e psicólogos dentre as macrorregiões, 83,7% e 85,7% respectivamente. Entre as especialidades médicas 51% e 37% mencionaram possuir infectologista e clínico geral respectivamente (**Tabelas R12 e R14**);
- A presença de até três profissionais de nível superior foi apontada em 24%, entre as macrorregiões, esta foi a menor porcentagem entre as macrorregiões; 57% dos serviços citaram possuir entre 4 e 7 profissionais (a maior taxa entre as macrorregiões) e de 8 a 10 profissionais foi mencionado em apenas 6% (menor taxa entre as macrorregiões) (**Tabela R13**);
- Entre o público atendido, junto com Sudeste, foi a região que mais atendia a população HSH;
- Quanto às ações de matriciamento, 69% mencionaram que realizavam apoio matricial e 53% recebiam apoio matricial (**Gráficos R11 e R13**);
- Quanto a articulação intersetorial, 79,6% se relacionavam com a assistência social, 55,1% com a rede de ensino (menor porcentagem entre as macrorregiões), 81,6% com os estabelecimentos prisionais (região com a maior porcentagem encontrada) e 34,7% com as OSC (**Tabela R16**);
- A presença de gel lubrificante, como parte dos insumos de prevenção, estava em apenas 53% dos serviços e 41% possuíam o combo de preservativo externo, interno e gel lubrificante (**Gráfico R16**);
- 49% dos serviços ofertavam o autoteste para triagem do HIV (**Tabela S4**);
- Entre as profilaxias para evitar a infecção pelo HIV, 73% mencionaram que faziam a PEP e 69% que realizavam a PrEP. Junto com a região Sul possuíam a maior porcentagem de dispensação de PrEP entre as macrorregiões (**Tabela S5**);
- A disponibilidade de kit de redução de danos foi citada em 31%, que entre as macrorregiões foi a maior porcentagem detectada, e os kits eram constituídos por folheto e preservativo (**Tabela R17**);

- 69% dos serviços conseguiam solicitar a CV de HIV e contagem de linfócitos T CD4+ para PVHA, segunda região com a menor porcentagem. Entre estes serviços, 71% conseguiam coletar as amostras para estes exames (**Tabela R24**);
- A prescrição inicial de TARV foi apontado em 63% dos serviços (**Tabela R27**);
- Entre os exames solicitados ou realizados para diagnóstico de IST foi relatado que 84% disponibilizavam os testes treponêmico e não treponêmico, e 19% ofertavam pesquisa de detecção de CT/NG (**Tabelas R18 e R20**);
- 49% solicitavam exames para diagnóstico da TB e dentre estes, 50% o teste rápido molecular para TB (**Tabela R23**);
- A CV do HCV era ofertada em 88% e destes, 70% conseguiam coletar a amostra no próprio serviço; para o HBV 61% ofertavam a CV destes 73% faziam a coleta no próprio serviço (**Tabela R28**);
- A prescrição inicial de tratamento da hepatite B foi relatada em 59% e da hepatite C em 55%, o tratamento para sífilis em 59%, 67% para as IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais) e 81% faziam a prescrição para tuberculose (**Tabelas R31, R34 e R37 e Gráfico R21**);
- As atividades extramuros foram identificadas em 86% e dentre estes CTA, 61% faziam com parceria com a OSC (**Tabela R40**);
- 37% dos CTA possuíam prontuário eletrônico (**Gráfico R23**);
- No levantamento da carteira mínima completa foi verificado que 14% dos serviços possuíam para o HIV, 16% para as hepatites virais, 28,6% para sífilis e 24% para tuberculose (**Tabelas R42, R44, R46 e R49**).

Região Nordeste

- Representou 18% dos CTA do território nacional (**Figura R2A**);
- Em 2014, 80% dos CTA tinham sido implantados (**Gráfico R1**);
- 85% estavam fisicamente inseridos em outro tipo de serviço de saúde (**Tabela R3**);
- 72% dos CTA funcionavam junto ao SAE (**Tabela R5**);
- Junto com a região Norte, foi a menor porcentagem de serviços que funcionavam em horário comercial (**Gráfico R8**);
- A sala de aconselhamento estava presente em 66% dos serviços; foi a porcentagem mais alta entre as macrorregiões (**Tabela R6**);
- 29% possuíam sala de vacina, 28% realizavam algum tipo de imunização, com ou sem sala de vacina (**Tabela R7 e Gráfico R3**);
- A presença de Farmácia/UDM foi mencionada em 79% dos serviços (**Tabela R8**);
- 58% realizavam coleta de amostras biológicas. Destes, 86% coletavam em sala específica (**Tabela R9**);
- Laboratório próprio foi apontado em 24%. Destes, 70% com estrutura física adequada, conforme a RDC 50 (**Tabela R9**);
- 85% apontaram que possuíam referência laboratorial (**Tabela R10**);

- Em relação ao RH foi mencionada a maior porcentagem de auxiliar técnico administrativo (72%) nas macrorregiões (**Tabela R11**);
- A presença de até três profissionais de nível superior foi apontada em 34%, 45% dos serviços citaram possuir entre 4 e 7 profissionais e de 8 a 10 profissionais foi mencionado em apenas 9% (**Tabela R13**);
- Entre as especialidades médicas 59% mencionaram possuir infectologista e 29% clínico geral (**Tabela R14**);
- Nesta região o público mais atendido foi a população geral;
- Foi a região que menos possuía referência formal para o encaminhamento dos casos de hepatites virais (**Tabela R15**);
- Quanto as ações de matriciamento, 72% mencionaram que realizavam apoio matricial e 52% que recebiam apoio matricial (**Gráficos R11 e R13**);
- Quanto a articulação intersetorial, 86,3% se relacionavam com a assistência social, 69,4% com a rede de ensino, 62,1% com os estabelecimentos prisionais e 49,2% com as OSC (**Tabela R16**);
- A presença de gel lubrificante, como parte dos insumos de prevenção, estava em 56% dos serviços, o preservativo interno em 87% (foi a segunda região com o menor quantitativo) e 48% possuíam o combo de preservativo externo, interno e gel lubrificante (**Gráfico R16**);
- 46% dos serviços ofertavam o autoteste para triagem do HIV (**Tabela S4**);
- Foi a região com menor quantidade de serviços que ofertavam as profilaxias para evitar a infecção pelo HIV, 65% mencionaram que ofertavam a PEP e 36% a PrEP (**Tabela S5**);
- A disponibilidade de kit de redução de danos foi citada em 25%, sendo que os kits eram constituídos por folheto e preservativo (**Tabela R17**);
- 77% dos serviços conseguiam solicitar a CV de HIV e contagem de linfócitos T CD4+ para PVHA. Entre estes serviços, 66% conseguiam coletar as amostras para estes exames (**Tabela R24**);
- A prescrição inicial de TARV foi apontado em 70% dos serviços (**Tabela R27**);
- Entre os exames solicitados ou realizados para diagnóstico das IST foi relatado que 81% disponibilizavam os testes treponêmico e não treponêmico, 12% e 13% ofertavam pesquisa para clamídia e gonococo respectivamente, foi a região que menos solicitava exame para detecção de CT/NG (**Tabelas R18 e R20**);
- 38% solicitavam exames para diagnóstico da TB e dentre estes, 47% o teste rápido molecular para TB (**Tabela R23**);
- A CV do HCV era ofertada em 75% e destes, 66% conseguiam coletar a amostra no próprio serviço, já para o HBV 56% ofertavam a CV e, destes, 71% faziam a coleta no próprio serviço (**Tabela R28**);
- A prescrição inicial de tratamento da hepatite B foi relatada em 44% e da hepatite C em 36%, o tratamento para sífilis em 62%, 63% para as IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais) e 66% faziam a prescrição para tuberculose (**Tabelas R31, R34 e R37 e Gráfico R21**);

- As atividades extramuros foram identificadas em 91% dos CTA e dentre estes, 75% possuíam parceria com a OSC, esta foi a região que citou maior proporção de parceria com as OSC (**Tabela R40**);
- Apenas 9% dos CTA possuíam prontuário eletrônico, foi o menor número de serviços entre as regiões (**Gráfico R23**);
- No levantamento da carteira mínima completa foi verificado que 13% dos serviços possuíam para o HIV, 15% para as hepatites virais, 39,5% para sífilis e 19% para tuberculose (**Tabelas R42, R44, R46 e R49**).

Região Norte

- Representou 15% dos CTA do território nacional (**Figura R2A**);
- Em 2016, 80% dos CTA tinham sido implantados. Alcançaram esta marca, assim como a região Centro-Oeste, mais tardiamente quando comparadas às demais regiões (**Gráfico R1**);
- Região com a maior porcentagem de CTA puro (17%); 47% fisicamente inserido junto ao SAE, sendo a menor porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R5**);
- Junto com a região Nordeste, foi a menor porcentagem de serviços que funcionavam em horário comercial (**Gráfico R8**);
- A sala de aconselhamento estava presente em 33% dos CTA, menor porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R6**);
- 27% possuíam sala de vacina (menor porcentagem entre as macrorregiões) e 25% realizavam algum tipo de imunização, com ou sem sala de vacina (**Tabela R7 e Gráfico R3**);
- A presença de Farmácia/UDM foi mencionada em 64% dos serviços, menor porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R8**);
- 39% realizavam coleta de amostras biológicas, esta foi a menor porcentagem nas macrorregiões. Destes, 82% coletavam em sala específica (**Tabela R9**);
- Laboratório próprio foi apontado em 26% dos CTA. Destes, 63% tinham estrutura física adequada, conforme a RDC 50 (**Tabela R9**);
- 69% dos CTA possuíam referência laboratorial, menor porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R10**);
- Em relação ao RH foi mencionada a menor porcentagem de auxiliar técnico de enfermagem e administrativo (73% e 62% respectivamente) nas macrorregiões; também foi relatada a menor porcentagem de farmacêuticos (59,2%) (**Tabelas R11 e R12**);
- Entre as especialidades médicas, quando comparada às demais regiões, foi detectada uma inversão da proporção de infectologistas e clínicos gerais, mencionaram possuir 27% e 38% respectivamente, sendo a menor porcentagem de infectologistas e a maior de clínicos gerais (**Tabela R14**);
- A presença de até três profissionais de nível superior foi apontada em 39% dos CTA, 41% dos serviços citaram possuir entre 4 e 7 profissionais e de 8 a 10

profissionais foi mencionado em 11%, sendo a maior proporção observada, junto com a região Sudeste (**Tabela R13**);

- Entre o público atendido, a população geral era a mais atendida nos serviços, entretanto foi a região que proporcionalmente mais atendia o conjunto de todos os segmentos da população chave;
- Foi a região que menos citou articulação com a equipe de Consultório na Rua;
- Foi a região que menos possuía referência formal para o encaminhamento dos casos de tuberculose (**Tabela R15**);
- Quanto às ações e de matriciamento, 71% mencionaram que realizavam apoio matricial e 61% que recebiam apoio matricial (região com a maior porcentagem de serviços que recebem matriciamento) (**Gráficos R11 e R13**);
- Com relação a articulação intersetorial, 79,2% se relacionavam com a assistência social (menor porcentagem entre as macrorregiões), 75,0% com a rede de ensino (maior porcentagem entre as macrorregiões), 51,4% com os estabelecimentos prisionais (região com a menor porcentagem encontrada) e 41,7% com as OSC (**Tabela R16**);
- A presença de gel lubrificante, como parte dos insumos de prevenção, foi apontada em 25% dos serviços (região com a menor porcentagem do insumo), o preservativo interno em 82% (foi a região com o menor quantitativo) e 21% possuíam o combo de preservativo externo, interno e gel lubrificante (região com o menor quantitativo) (**Gráfico R16**);
- 25% dos serviços ofertavam o autoteste para triagem do HIV (foi a região com a menor porcentagem) (**Tabela S4**);
- Entre as profilaxias para evitar a infecção pelo HIV, 81% mencionaram que faziam a PEP e 41% a PrEP (**Tabela S5**);
- A disponibilidade de kit de redução de danos foi citada em 29%, a região Norte e a Sudeste foram as únicas que apontaram a existência de agulha e seringa descartável na composição dos kits (**Tabela R17**);
- Somente 53% dos serviços conseguiam solicitar a CV de HIV e contagem de linfócitos T CD4+ para PVHA, região com a menor porcentagem. Entre estes serviços, 55% conseguiam coletar as amostras para estes exames (região com a menor porcentagem) (**Tabela R24**);
- A prescrição inicial de TARV foi apontado em 47% dos serviços, região com a menor porcentagem (**Tabela R27**);
- Entre os exames solicitados ou realizados para diagnóstico das IST foi relatado que 63% disponibilizavam os testes treponêmico e não treponêmico (região com a menor porcentagem), 15% ofertavam pesquisa de detecção de CT/NG (**Tabelas R18 e R20**);
- 35% solicitavam exames para diagnóstico da TB (região com a menor porcentagem) e dentre estes, 32% o teste rápido molecular para TB (região com a menor porcentagem) (**Tabela R23**);

- A CV do HCV era ofertada em 74% e destes 47% conseguiam coletar a amostra, já para o HBV 58% ofertavam a CV e 50% faziam a coleta no próprio serviço (**Tabela R28**);
- A prescrição inicial de tratamento da hepatite B foi relatada em 43% e da hepatite C em 31%, o tratamento para sífilis em 67%, 54% para as IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais) e 68% faziam a prescrição para tuberculose (**Tabelas R31, R34 e R37 e Gráfico R21**);
- As atividades extramuros foram identificadas em 86% e dentre estes CTA, 61% faziam com parceria com a OSC (**Tabela R40**);
- 18% dos CTA possuíam prontuário eletrônico (**Gráfico R23**);
- No levantamento da carteira mínima completa foi verificado que 8% dos serviços possuíam para o HIV, 11% para as hepatites virais, 25,0% para sífilis e 17% para tuberculose (**Tabelas R42, R44, R46 e R49**).

Região Sudeste

- Representou 40% dos CTA do território nacional, sendo a região com maior número deste tipo de serviço de saúde (**Figura R2A**);
- Em 2013, 80% dos CTA tinham sido implantados (**Gráfico R1**);
- A maioria dos CTA (90%) estava fisicamente inserida em outro tipo de serviço de saúde (**Tabela R5**);
- A região contava com 72% dos CTA funcionando junto ao SAE (**Tabela R5**);
- Região que mais citou funcionamento no horário do almoço (**Gráfico R8**);
- A sala de aconselhamento estava presente em 55% dos CTA (**Tabela R6**);
- Foi a região com maior porcentagem (55%) de sala de vacina, 44% realizavam algum tipo de imunização, sendo a maior porcentagem de imunização entre as macrorregiões (**Tabela R7 e Gráfico R3**);
- A presença de Farmácia/UDM foi mencionada em 83% dos serviços, maior porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R8**);
- 77% realizavam coleta de amostras biológicas, maior porcentagem entre as macrorregiões. Destes, 85% coletavam exame em sala específica (**Tabela R9**);
- Laboratório próprio foi apontado em 11% (menor porcentagem dentre as macrorregiões). Destes, 50% com estrutura física adequada, conforme a RDC 50 (**Tabela R9**);
- 93% dos CTA possuíam referência laboratorial (**Tabela R10**);
- Em relação ao RH foi a maior porcentagem (89%) de auxiliar técnico de enfermagem nas macrorregiões. Entre as especialidades médicas 74% mencionaram possuir infectologista (maior porcentagem nas macrorregiões) e 24% possuíam clínico geral (menor porcentagem nas macrorregiões) (**Tabelas R11 e R14**);
- A presença de até três profissionais de nível superior foi apontada em 28%, 52% dos serviços citaram possuir entre 4 e 7 profissionais e de 8 a 10 profissionais foi

mencionado em 11% (como na região Norte foi a maior taxa entre as macrorregiões) (**Tabela R13**);

- Entre o público atendido, junto com a região Centro-Oeste, foi a que mais atendia a população HSH;
- Quanto as ações de matriciamento, 68% mencionaram que realizavam apoio matricial e 56% que recebiam apoio matricial (**Gráficos R11 e R13**);
- Com relação a articulação intersetorial, 87,2% se relacionavam com a assistência social (maior porcentagem entre as macrorregiões), 72,4% com a rede de ensino, 54,7% com os estabelecimentos prisionais e 43,8% com as OSC (maior porcentagem entre as macrorregiões) (**Tabela R16**);
- A presença de gel lubrificante, como parte dos insumos de prevenção, estava em 82% dos serviços (maior porcentagem entre as macrorregiões) e 74% possuíam o combo de preservativo externo, interno e gel lubrificante (**Gráfico R16**);
- 59% dos serviços ofertavam o autoteste para triagem do HIV (maior porcentagem entre as macrorregiões) (**Tabela S4**);
- Entre as profilaxias para evitar a infecção pelo HIV 87% mencionaram que faziam a PEP (maior porcentagem entre as macrorregiões) e 63% a PrEP (**Tabela S5**);
- A disponibilidade de kit de redução de danos foi citada em 22%. A região Sudeste e a Norte foram as únicas que apontaram a existência de agulha e seringa descartável na composição dos kits (**Tabela R17**);
- 78% dos serviços conseguiam solicitar a CV de HIV e a contagem de linfócitos T CD4+ para PVHA, segunda região com a menor porcentagem. Entre estes serviços, 76% conseguiam coletar as amostras para estes exames (**Tabela R24**);
- A prescrição inicial de TARV foi apontada em 78% dos serviços, junto com a região Sul possuíam a maior porcentagem entre as macrorregiões (**Tabela R27**);
- Entre os exames solicitados ou realizados para diagnóstico das IST foi relatado que 86% disponibilizavam os testes treponêmico e não treponêmico, 19% e 18% ofertavam pesquisa de detecção de CT/NG, respectivamente (**Tabelas R18 e R20**);
- 63% solicitavam exames para diagnóstico da TB e dentre estes, 72% o teste rápido molecular para TB (**Tabela R23**);
- A CV do HCV era solicitada em 82% dos CTA e destes 78% conseguiam coletar a amostra, já para o HBV 72% solicitavam a CV e 78% já faziam a coleta no próprio serviço (**Tabela R28**);
- A prescrição inicial de tratamento da hepatite B e C foi relatada em 62% dos CTA, o tratamento para sífilis em 64%, 69% para as IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais) e 82% faziam a prescrição para tuberculose (**Tabelas R31, R34 e R37 e Gráfico R21**);
- As atividades extramuros foram identificadas em 90% dos CTA e, dentre estes, 57% possuíam parceria com a OSC, menor porcentagem citada entre as macrorregiões (**Tabela R40**);
- 37% dos CTA possuíam prontuário eletrônico (**Gráfico R23**);

- No levantamento da carteira mínima completa foi verificado que 30% dos serviços possuíam para o HIV, 33% para as hepatites virais, 43,8% para sífilis e 42% para tuberculose (**Tabelas R42, R44, R46 e R49**).

Região Sul

- Representou 18% dos CTA do território nacional (**Figura R2A**);
- Em 2011, 80% dos CTA tinham sido implantados. Alcançaram esta marca mais precocemente quando comparado às demais regiões (**Gráfico R1**);
- A maioria (92%) está fisicamente inserida em outro tipo de serviço de saúde (**Tabela R5**);
- A região contava com 70% dos CTA funcionando junto ao SAE (**Tabela R5**);
- A sala de aconselhamento estava presente em 43% dos CTA (**Tabela R6**);
- 38% possuíam sala de vacina, destes 26% realizavam algum tipo de imunização, com ou sem sala de vacina (**Tabela R7 e Gráfico R3**);
- A presença de Farmácia/UDM foi mencionada em 76% dos serviços (**Tabela R8**);
- 74% realizavam coleta de amostras biológicas. Destes, 91% coletavam em sala específica, esta foi a maior porcentagem de sala específica para coleta nas macrorregiões (**Tabela R9**);
- Laboratório próprio foi apontado em 14% dos CTA, destes, 42% com estrutura física adequada, conforme a RDC 50, sendo a menor porcentagem encontrada (**Tabela R9**);
- 97% dos CTA possuíam referência laboratorial (**Tabela R10**);
- Em relação ao RH, como na região Norte, foram mencionadas as menores porcentagens de psicólogos e assistentes sociais nas macrorregiões, 56,3% e 39,1% respectivamente. Entre as especialidades médicas 67% e 29% mencionaram possuir infectologista e clínico geral respectivamente (**Tabelas R12 e R14**);
- A presença de até três profissionais de nível superior foi apontada em 48% dos CTA, sendo a maior porcentagem entre as macrorregiões; 32% dos serviços citaram possuir entre 4 e 7 profissionais (a menor taxa entre as macrorregiões) e de 8 a 10 profissionais foi mencionado em apenas 9% (**Tabela R13**);
- Entre o público atendido, a população geral foi a mais atendida, mas a região Sul foi a que proporcionalmente menos atendia o conjunto de todos os segmentos da população chave, quando comparado as outras regiões;
- Foi a região que mais citou articulação com a equipe de Consultório na Rua;
- Quanto as ações de matriciamento, 72% mencionaram que realizavam apoio matricial (maior porcentagem citada entre as macrorregiões) e 37% que recebiam apoio matricial (menor porcentagem entre as macrorregiões) (**Gráficos R11 e R13**);
- Com relação a articulação intersetorial, 83,9% se relacionavam com a assistência social, 66,7% com a rede de ensino, 58,6% com os estabelecimentos prisionais e 34,5% com as OSC (menor porcentagem entre as macrorregiões) (**Tabela R16**);

- A presença de gel lubrificante, como parte dos insumos de prevenção, estava em 76% dos serviços e 71% possuíam o combo de preservativo externo, interno e gel lubrificante (segunda região que mais citou a presença dos três insumos) (**Gráfico R16**);
- 57% dos serviços ofertavam o autoteste para triagem do HIV (segunda região que mais citou a presença de autoteste) (**Tabela S4**);
- Entre as profilaxias para evitar a infecção pelo HIV, 84% mencionaram que faziam a PEP e 68% que realizavam a PrEP. Junto com a região Centro-Oeste possuíam a maior porcentagem de dispensação de PrEP entre as macrorregiões (**Tabela S5**);
- A disponibilidade de kit de redução de danos foi citada em 17% dos CTA, entre as macrorregiões foi a menor porcentagem detectada e os kits eram constituídos por folheto e preservativo (**Tabela R17**);
- 90% dos serviços conseguiam solicitar CV para HIV e contagem de linfócitos T CD4+ para PVHA, região com a maior porcentagem. Entre estes serviços, 79% conseguiam coletar as amostras para estes exames, sendo também a maior porcentagem citada (**Tabela R24**);
- A prescrição inicial de TARV foi apontada em 78% dos serviços (como a região Sudeste, foi a maior proporção (**Tabela R27**);
- Entre os exames solicitados ou realizados para diagnóstico para as IST foram 87% disponibilizavam os testes treponêmico e não treponêmico (maior porcentagem citada), 29% e 28% ofertavam pesquisa de detecção de CT/NG, respectivamente (maiores porcentagens observadas) (**Tabelas R18 e R20**);
- 66% solicitavam exames para diagnóstico da TB (maior porcentagem relatada) e dentre estes, 84% o teste rápido molecular para TB (entre as macrorregiões foi a com maior proporção) (**Tabela R23**);
- A CV do HCV era solicitada em 86% dos CTA e destes 80% conseguiam coletar a amostra, já para o HBV 79% solicitavam a CV e 78% faziam a coleta no próprio serviço (**Tabela R28**);
- A prescrição inicial de tratamento da hepatite B foi relatada em 64% dos CTA e da hepatite C em 63%, o tratamento para sífilis em 55%, 63% para as IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais) e 82% faziam a prescrição para tuberculose (**Tabelas R31, R34 e R37 e Gráfico R21**);
- As atividades extramuros foram identificadas em 83% e dentre estes CTA, 61% possuíam parceria com a OSC (**Tabela R40**);
- 76% dos CTA possuíam prontuário eletrônico, esta foi a maior taxa observada entre as macrorregiões (**Gráfico R23**);
 - No levantamento da carteira mínima completa foi verificado que 30% dos serviços possuíam para o HIV, 15% para as hepatites virais, 34,5% para sífilis e 51% para tuberculose (**Tabelas R42, R44, R46 e R49**).

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, v. 209, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, p.39, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, p. 67-67, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 52, de 27 de novembro de 2015. Dispõe sobre as regras para o registro de produtos para diagnóstico in vitro como autoteste para o HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana, para fins de triagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – Núcleo de Pesquisa. Relatório com os resultados da pesquisa com Serviços de Testagem e Aconselhamento (CTA). Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Acordo de Cooperação Técnica Nº 60/2021. Acordo de cooperação técnica que entre si celebram a Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania, e a Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, para os fins que se especifica. Processo nº 71000.057092/2020-08. Brasília: Ministério da Cidadania, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; THIELKE, R.; PAYNE, J.; GONZALEZ, N.; CONDE, J. G. Research Electronic Data Capture (REDCap)--a Metadata-Driven Methodology and Workflow Process for Providing Translational Research Informatics Support. Journal of biomedical informatics, v. 42, n. 2, p. 377–381, 2009.

HARRIS, P. A.; TAYLOR, R.; MINOR, B. L.; ELLIOTT, V.; FERNANDEZ, M.; O'NEAL, L.; MCLEOD, L.; DELACQUA, G.; DELACQUA, F.; KIRBY, J.; DUDA, S. N. The REDCap Consortium: Building an International Community of Software Platform Partners. Journal of biomedical informatics, v. 95, p. 103208, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. World Health Organization, 2016

.

REESTRUTURAÇÃO DOS CTA



REESTRUTURAÇÃO DOS CTA

A incorporação de ações direcionadas à prevenção, diagnóstico, vinculação e tratamento do HIV e Aids, hepatites B e C e infecções sexualmente transmissíveis sob a lógica da prevenção combinada, a inclusão de ações voltadas à tuberculose, o fortalecimento do CTA na Rede de Atenção à Saúde e a maior acessibilidade das populações vulnerabilizadas ao serviço de saúde foram os pilares centrais do projeto “Rede de Prevenção e Cuidado Integral de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Cuida-CTA”.

A seguir serão descritas as diversas etapas que compuseram a reestruturação de alguns CTA em âmbito nacional.

Seleção dos CTA para a Fase de Reestruturação

O projeto previu a reestruturação de 14 CTA com representatividade de UF das 5 macrorregiões do país. A escolha das UF foi de responsabilidade do Dathi/SVSA/MS com base nos cenários epidemiológicos dos agravos de HIV/Aids, hepatites virais, sífilis, outras IST e tuberculose e da necessidade de se fortalecer a política pública de saúde local de um respectivo estado.

Os dados obtidos por meio do questionário online – “Censo CTA” também fizeram parte dos critérios para a identificação de serviços elegíveis, conforme **Quadro E1**.

Quadro E1 – Critérios utilizados para escolha dos CTA para a fase de reestruturação.

CRITÉRIOS	DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO
Características do município	Porte populacional ≥ 50.000 habitantes
	Município com relevância na macro ou microrregião de saúde regional
Capacidade instalada de atendimentos do CTA	Número de atendimentos/dia ≥ 30
Estrutura física do CTA	Mínimo de 3 salas de atendimento/assistencial
Recursos humanos do CTA	Presença de enfermeiro(a)
Atividades assistenciais do CTA	Obrigatoriedade de oferta de testes para a detecção de HIV, hepatites B e C e sífilis na modalidade “porta aberta”

Para cada uma das UF foram elaboradas listas de CTA elegíveis, conforme critérios apresentados e a decisão final ficou a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. Os 14 CTA selecionados, foram os seguintes (**Quadro E2**):

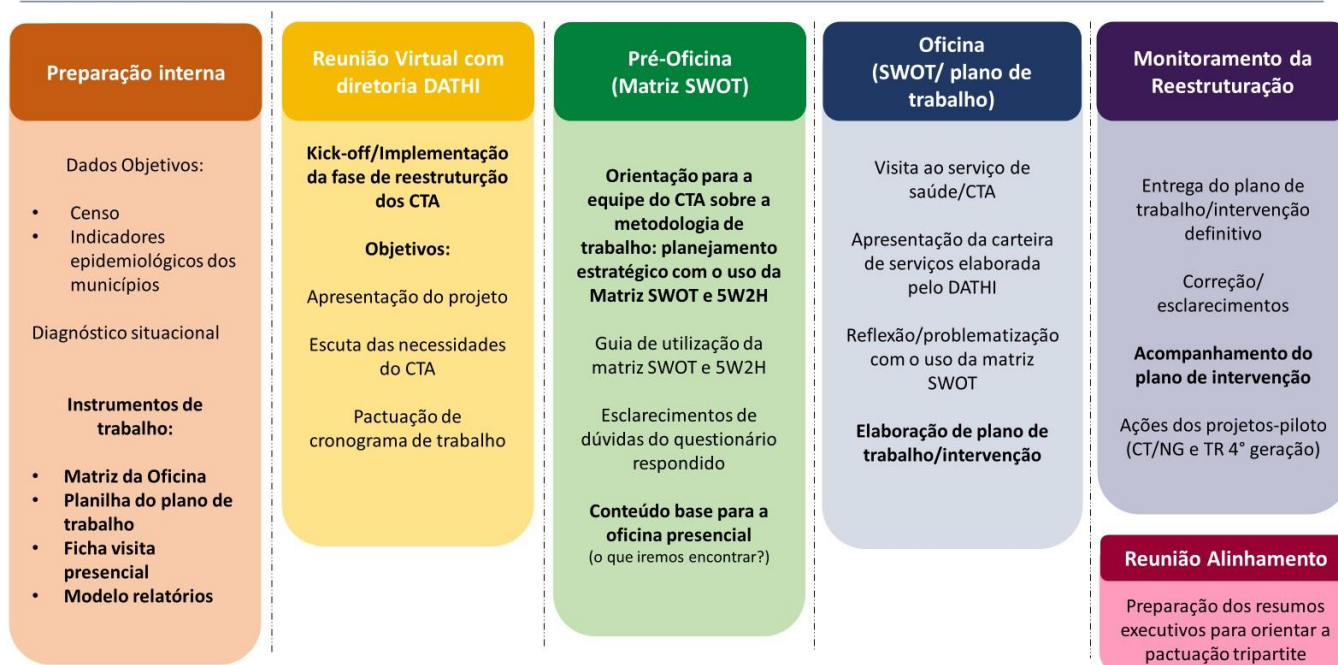
Quadro E2 – Distribuição dos CTA escolhidos segundo macrorregião e unidades federativas

Macrorregião	UF	Cidade	CTA/Serviços de Saúde
Norte	AM	Coari	Instituto de Medicina Tropical de Coari
	AM	Tefé	CTA Tefé
	PA	Belém	CTA Belém
Nordeste	BA	Salvador	Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa
	MA	Pinheiro	CTA Pinheiro
	PE	Caruaru	CTA Caruaru
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica
	MS	Cuiabá	SAE Grande Terceiro
Sudeste	MG	Barbacena	CTA/SAE Barbacena
	MG	Uberlândia	CTA/SAE Uberlândia
	RJ	São Gonçalo	Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis
Sul	PR	Guarapuava	CTA/SAE Guarapuava
	RS	Canoas	CTA/SAE Canoas
	SC	Concórdia	Ambulatório DST/Aids de Concórdia

Desenho metodológico da Fase de Reestruturação dos CTA

A **Figura E1** contém as diversas etapas que compuseram o processo de reestruturação dos CTA e serão descritas com mais detalhes a seguir.

ETAPAS REESTRUTURAÇÃO



Fonte: Próprio autor, 2023.

Figura E1: Etapas do processo de reestruturação dos CTA.

Preparação interna da equipe Cuida-CTA/Einstein

Para a organização das etapas iniciais, a equipe Cuida-CTA/Einstein se aprofundou no diagnóstico situacional de cada um dos serviços de saúde selecionados com análise das respostas do questionário “Censo CTA” e em indicadores epidemiológicos dos municípios (quando disponível). Foram elaborados instrumentos de trabalho para apoiar as etapas de reestruturação, com destaque para a matriz FOFA/SWOT e Plano de trabalho que serão detalhados a seguir.

Construção da Matriz FOFA/SWOT e Plano de trabalho

A matriz FOFA/SWOT (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) foi escolhida para nortear o processo de reestruturação dos CTA por ser uma ferramenta utilizada no planejamento estratégico de serviços para analisar o ambiente interno e externo sob a lógica das fortalezas e fragilidades, com o objetivo de criar um plano de ação para a melhoria dos serviços. Ela também serve como ponto de partida para discussões em equipe (TAHERDOOST; MADANCHIAN, 2021).

Os principais eixos temáticos contemplados para uma problematização abrangente dos processos de trabalho dos CTA para direcionar as discussões dos atores envolvidos foram:

- Eixo 1 – Estrutura física e recursos humanos do CTA
- Eixo 2 - Ações de Prevenção
- Eixo 3 - Ações de Diagnóstico
- Eixo 4 - Redes de Apoio (Rede de Saúde e Rede Intersetorial)
- Eixo 5 - Sistemas de Informação em Saúde e Ações de Vigilância Epidemiológica

Dentro de cada um desses eixos havia um quadro da matriz FOFA/SWOT, para que as equipes de cada um dos 14 CTA preenchessem as forças e fraquezas internas, bem como as oportunidades e ameaças externas em cada um dos eixos temáticos. O conteúdo desta matriz foi utilizado para a elaboração de um plano de trabalho com foco na reestruturação do CTA.

Esse instrumento possibilitou que o preenchimento das ações fosse automaticamente encaminhado para uma aba final denominada "Plano de Trabalho", discutido durante as visitas presenciais. Esse processo proporcionou uma abordagem estruturada para avaliar e aprimorar a gestão dos recursos e estratégias relacionadas à área de atuação da equipe do HIAE, bem como identificar as ações realizadas pelo serviço e o que faltaria para subsidiar as novas propostas.

Ferramentas e Recursos Utilizados nas Oficinas Presenciais de Reestruturação dos CTA

Para padronizar o processo de reestruturação, foram criados instrumentos e ferramentas que foram utilizados nas diversas atividades previstas nesta fase do projeto.

- Roteiro da Primeira Atividade com o CTA: Este roteiro foi utilizado para conduzir uma reunião virtual, na qual o projeto foi apresentado, dúvidas foram esclarecidas e o cronograma de trabalho foi pactuado.
- Roteiro da Visita Técnica: Este roteiro foi empregado durante a visita técnica ao CTA, com foco na avaliação da estrutura física, equipamentos, recursos humanos e fluxos assistenciais do serviço.
- Guia Instrutivo da Matriz FOFA/SWOT (anexo 3): Foi criado um guia instrutivo para auxiliar os trabalhadores do CTA e a gestão local na utilização adequada dessa ferramenta para orientar a atividade pré-oficina presencial.
- Programação da Oficina: A programação detalhada da oficina foi desenvolvida para garantir que todas as etapas da reestruturação fossem abordadas de maneira organizada e padronizada entre todos os pesquisadores da equipe.
- Padronização do relatório da oficina: Foi estabelecida uma padronização para o instrumento utilizado para relatar as atividades pós oficina, com objetivo de garantir a coleta de informações de maneira consistente e uniforme.
- Avaliação das oficinas: Foi feito um questionário para ser respondido pelos participantes das oficinas a fim de avaliar o desempenho da equipe e identificar pontos de melhoria.

Reunião virtual preparatória para oficina/ Atividade Pré-oficina

Antecedendo a realização da oficina presencial, cada CTA ficou responsável por construir a sua matriz FOFA/SWOT, junto aos seus trabalhadores e outros atores envolvidos como gestores/representantes das secretarias municipais de saúde, coordenadores estaduais do programa de HIV/Aids, Hepatites Virais e IST.

Para isso, a equipe Cuida-CTA planejou reuniões virtuais com cada um dos serviços para orientá-los sobre a metodologia de trabalho a partir do uso da matriz FOFA/SWOT e da construção do plano de trabalho baseado na ferramenta 5W2H. Esta etapa foi apoiada pelo Guia Instrutivo da Matriz FOFA/SWOT elaborado especificamente para possibilitar aos participantes a identificação de elementos-chaves do trabalho dos CTA, ou seja, cada um dos 14 CTA conduziu uma análise de suas forças e fraquezas internas, bem como das oportunidades e ameaças externas. Essa abordagem foi realizada antes da oficina presencial, na qual cada CTA se reuniu com sua equipe para preencher a matriz. A apresentação do conteúdo deste trabalho, serviu como base para discussões e elaboração de um plano de ação nas oficinas presenciais.

Oficina presencial

As oficinas presenciais foram executadas nos meses de maio a julho/2023 e foram padronizadas para ocorrer em dois dias e meio, com os objetivos de:

- conhecer as dependências e o funcionamento do CTA, por meio de visita técnica;
- discutir as fortalezas, fragilidades, ameaças e oportunidades do serviço através do preenchimento prévio da matriz SWOT/FOFA e
- construir um Plano de Trabalho para implementação da nova carteira de serviços do CTA.

A programação padrão encontra-se no **Quadro E3**

Quadro E3: Programação padrão das oficinas presenciais.

DIA 1	DIA 2	DIA 3
Visita técnica ao CTA	<ul style="list-style-type: none"> - Abertura oficial - Apresentação da carteira de serviços preconizada pelo Dathi/SVSA/MS para incorporação nos CTA - Apresentação da matriz SWOT/FOFA construída previamente pelo CTA - Elaboração do plano de trabalho/ intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do plano de trabalho/ intervenção - Pactuação de cronograma de trabalho pós oficina presencial - Avaliação da oficina

Esta oficina contou com a presença de representantes de diversas áreas técnicas do Dathi/SVSA/MS, a escolha das áreas participantes foi de acordo com as fragilidades ou necessidades técnicas dos serviços, identificadas previamente pelas respostas do questionário de diagnóstico situacional preenchido no início do projeto. Além dos representantes do Ministério da Saúde foram convidados: coordenadores (as) estaduais e municipais dos Programas de HIV/Aids, Hepatites Virais, IST e Tuberculose; coordenador de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde; representantes da Regional da Secretaria Estadual de Saúde; coordenador de atenção especializada (caso o CTA estivesse vinculado a esta área); coordenadores(as) do CTA e equipe; representante do Laboratório Central (Lacen) e Laboratório municipal (caso existisse) e representante(s) de organizações da sociedade civil. Em algumas oficinas houve participação de representantes do projeto "Fortalecimento da Vigilância de Infecções Crônicas e Sexualmente Transmissíveis na Atenção à Saúde" da Fiocruz/Brasília.

Ao fim da 1ª visita presencial, o CTA ficou responsável pela finalização e realização de pequenos ajustes no plano de trabalho que foi construído na oficina. Cada serviço de saúde, junto com a equipe Cuida-CTA/Einstein, pactuou cronograma de reuniões virtuais para acompanhamento e monitoramento das ações propostas de reestruturação do serviço com frequência mensal.

As oficinas presenciais ocorreram nos 14 CTA conforme as datas abaixo (**Quadro E4**).

Quadro E4: Agenda das oficinas presenciais por CTA (1º visita).

UF	Cidade	CTA/Serviços de Saúde	Oficina presencial
MS	Cuiabá	SAE Grande Terceiro	02 a 04/05/23
PA	Belém	CTA Belém	09 a 11/05/23
BA	Salvador	Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	22 a 24/05/23
MA	Pinheiro	CTA Pinheiro	29 a 31/05/23
PR	Guarapuava	CTA/SAE Guarapuava	30/05 a 01/06/23
GO	Goiânia	Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica	12 a 14/06/23
MG	Barbacena	CTA/SAE Barbacena	20 a 22/06/23
AM	Coari	Instituto de Medicina Tropical de Coari	26 a 28/06/23
RJ	São Gonçalo	Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis	26 a 28/06/23
PE	Caruaru	CTA Caruaru	03 a 05/07/23
MG	Uberlândia	CTA/SAE Uberlândia	11 a 13/07/23
SC	Concórdia	Ambulatório DST/Aids de Concórdia	18 a 20/07/23
AM	Tefé	CTA Tefé	25 a 27/07/23
RS	Canoas	CTA/SAE Canoas	25 a 27/07/23

Monitoramento do plano de trabalho de reestruturação dos CTA

A construção do Plano de Trabalho, em conjunto com o CTA e atores importantes da RAS durante a oficina presencial, propiciou o acompanhamento das ações em documento único por meio de controle dos responsáveis, prazos de início e conclusão da ação, assim como extensão de prazos quando pertinente. As ações foram elaboradas a partir das necessidades destacadas na Matriz FOFA/SWOT. O documento em planilha Excel, elaborado pela equipe HIAE, permitiu a identificação das ações em andamento, as atrasadas, as reprogramadas e as concluídas, facilitando assim o monitoramento pela equipe Cuida-CTA/Einstein. As reuniões virtuais foram realizadas com periodicidade mensal. De acordo com cada ação programada, representantes de outros serviços participavam das reuniões de acompanhamento, com o objetivo de alcançar as ações, principalmente aquelas que demandavam trabalho conjunto com outros serviços da rede.

Segunda visita presencial aos CTA e capacitações

A segunda visita presencial ocorreu nos meses de agosto a novembro/2023 com a finalidade de:

- Acompanhamento in loco do projeto/plano de trabalho;
- Pactuação de algumas ações com gestores da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, organização de fluxos assistenciais/ processos de trabalho;
- Oferta de capacitações.

As datas da segunda visita aos CTA estão de acordo com o **Quadro E5**.

Quadro E5: Agenda das oficinas presenciais por CTA (2º visita).

UF	Cidade	CTA/Serviços de Saúde	2º visita presencial
MS	Cuiabá	SAE Grande Terceiro	04 a 06/09
PA	Belém	CTA Belém	09 a 11 /08
BA	Salvador	Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	24 e 25/10
MA	Pinheiro	CTA Pinheiro	24 a 26/10
PR	Guarapuava	CTA/SAE Guarapuava	24 a 26/10
GO	Goiânia	Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica	30/10 a 01/11
MG	Barbacena	CTA/SAE Barbacena	16 e 17/11
AM	Coari	Instituto de Medicina Tropical de Coari	28 e 29/11
RJ	São Gonçalo	Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis	11 e 12/09
PE	Caruaru	CTA Caruaru	19 a 20/10
MG	Uberlândia	CTA/SAE Uberlândia	30/10 a 01/11
SC	Concórdia	Ambulatório DST/Aids de Concórdia	06 a 08/11
AM	Tefé	CTA Tefé	29/11
RS	Canoas	CTA/SAE Canoas	25 e 26/10

As atividades programadas para cada serviço foram personalizadas de acordo com as necessidades do serviço e por isso não houve uma padronização da programação diária semelhante à da 1º visita.

O projeto também previu a oferta de cursos presenciais aos CTA. Os temas foram personalizados de acordo com as necessidades identificadas no plano de trabalho. Os responsáveis pela execução desta atividade foram os integrantes do HIAE e, em algumas situações, os cursos tiveram a parceria de técnicos do Dathi/SVSA/MS. O **Quadro E6** ilustra os temas desenvolvidos e o quantitativo de participantes.

Quadro E6: Temas das capacitações e número de participantes por CTA.

UF	Município	CTA	Capacitação	Número de participantes
AM	Coari	IMT Coari	Combate ao Estigma e Preconceito voltado aos agravos – HIV, Hepatites, Sífilis e Tuberculose	26
AM	Tefé	CTA Tefé	Superando Barreiras para promover a PrEP	12
			Lei Geral de Proteção de Dados.	
BA	Salvador	CEDAP 1	Ações de matriciamento e descentralização da Rede de Cuidado voltada para o HIV e ISTs	48
GO	Goiânia	CRDT	Diagnóstico da infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis	12
MA	Pinheiro	CTA Pinheiro	Georreferenciamento utilizando a plataforma gratuita do <i>Google Mymaps</i> .	16
			Superando as barreiras para promover a PrEP e PEP.	

UF	Município	CTA	Capacitação	Número de participantes
MG	Barbacena	CTA/SAE Barbacena	Abordagem/Acolhimento às pessoas com IST e papel da equipe multiprofissional	21
MG	Uberlândia	Amb. IST/Aids Herbert de Souza	Ferramentas de Gestão.	29
			LGPD e sigilo.	
			Estigma, preconceito e discriminação.	
			PCDT Sífilis e atualizações	
MT	Cuiabá	CTA/SAE Grande Terceiro	Abordagem às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis	12
PA	Belém	CTA Belém	Acolhimento e cuidado para populações chave, prioritárias e vulnerabilizadas.	31
			Enfrentamento ao estigma e discriminação	
PE	Caruaru	CTA Caruaru	Diversidade Sexual e Contextos de Vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis	20
PR	Guarapuava	SAE Guarapuava	Ferramentas de gestão.	74
			LGPD e sigilo.	
			Estigma e preconceito.	
			IST: manejo e clínica	
RJ	São Gonçalo	Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis	Sensibilização para prevenção combinada (voltada para PrEP)	7
RS	Canoas	CTA/SAE Canoas	A Linha de Cuidado para PVHA: o papel do CTA/SAE e da APS	34
SC	Concórdia	CTA Concórdia	Ferramentas de gestão.	43
			LGPD e sigilo	
			Estigma e preconceito	
			IST: manejo e clínica	

Compra e envio de equipamentos

O projeto previu a compra de equipamentos e materiais médico-hospitalares como uma ação de incentivo para a ampliação da carteira de serviços nos CTA:

- Apoio administrativo/assistencial – notebook e impressora
- Implantação de sala de vacina – refrigerador/câmara fria
- Apoio à estrutura laboratorial – cadeira de coleta, centrífuga e frigobar
- Apoio à consultórios clínicos – maca e esfigmomanômetro

Principais resultados da reestruturação dos CTA

As oficinas presenciais e as visitas de acompanhamento do projeto tiveram a participação de representantes de diversas áreas técnicas do Dathi/SVSA/MS, a escolha das áreas participantes foi de acordo com as fragilidades ou as necessidades técnicas dos serviços, identificadas previamente pelas respostas do questionário de diagnóstico situacional preenchido no início do projeto (**Quadro E7**):

Quadro E7 – Participação das áreas técnicas do Dathi/SVSA/MS nas oficinas presenciais de reestruturação dos CTA.

Região	UF	Cidade	CTA/Serviços de Saúde	Áreas técnicas Dathi/SVSA/MS
Norte	AM	Coari	Instituto de Medicina Tropical de Coari	Prevenção
	AM	Tefé	CTA Tefé	Prevenção/ Tuberculose
	PA	Belém	CTA Belém	IST/ Tuberculose
Nordeste	BA	Salvador	Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa	IST/HIV
	MA	Pinheiro	CTA Pinheiro	Hepatites virais/ tuberculose
	PE	Caruaru	CTA Caruaru	Hepatites virais/ IST
Centro-Oeste	GO	Goiânia	Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica	Diagnóstico/ Prevenção
	MS	Cuiabá	SAE Grande Terceiro	Prevenção/ Pesquisa
Sudeste	MG	Barbacena	CTA/SAE Barbacena	Diagnóstico/ Hepatites virais
	MG	Uberlândia	Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza	Diagnóstico/ Tuberculose
	RJ	São Gonçalo	Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis	IST/ Prevenção
Sul	PR	Guarapuava	CTA/SAE Guarapuava	Hepatites virais/ Prevenção/ IST
	RS	Canoas	CTA/SAE Canoas	Diagnóstico/ Prevenção
	SC	Concórdia	Ambulatório DST/Aids de Concórdia	Hepatites virais/ Prevenção/ IST

Os principais resultados alcançados nesse processo de reestruturação dos 14 CTA estão apresentados nos quadros abaixo e organizados por macrorregiões do Brasil.

Região Norte:**Coari/Amazonas:****Quadro E8 – Principais resultados da reestruturação do Instituto de Medicina Tropical (IMTC) de Coari:**

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Pouca divulgação das atividades realizadas pelo IMTC.	Articular com assessoria de comunicação a divulgação de materiais educativos e de prevenção (redes sociais/ influencers).	Melhora da divulgação das ações realizadas pelo IMTC. Inclusão de profissional do IMTC para criação de conteúdo de mídia.
Insumos reduzidos para ações específicas, parcerias externas e de rotina (teste rápido).	Fazer um planejamento das ações e quantificação dos insumos.	Realizado planejamento das ações com antecedência e comunicação junto à Coordenação Estadual para disponibilização dos insumos necessários para as atividades planejadas.
Baixa utilização de autotestes no CTA	Definir estratégias de dispensação Capacitar os profissionais para o uso do autoteste Solicitar autotestes para Programa Estadual de IST/Aids;	Autotestes já disponibilizados pelo Programa Estadual, estratégias já definidas e equipe capacitada. Os autotestes já estão em uso.
Dificuldade na busca ativa de parcerias sexuais da gestante.	Fortalecer o Pré-natal do parceiro da gestante.	Implantado testagem dos parceiros de todas as gestantes na rotina do serviço
Centralização dos testes rápidos no CTA (T2), com a APS realizando somente o T1.	Organizar o fluxo de testagem rápida na APS e IMTC (T1 e T2 na APS). Readequar o fluxo de testagem de HIV dentro do IMTC (não sendo necessário a repetição de T1 e T2, quando encaminhado da APS). Readequar o fluxo de testes rápidos dentro do IMTC (liberar o resultado no mesmo dia).	Implantação do T2 em sete UBS (existem 14 no município), alinhado ao novo fluxo de testagem na APS. Nas outras UBS, onde o T2 não foi implantado, o fluxo ainda permanecerá o mesmo. Readequado o fluxo de testagem no IMTC com liberação do resultado no mesmo dia.

Tefé/Amazonas:**Quadro E9 - Principais resultados da reestruturação do CTA de Tefé:**

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Ausência de fluxo para controle de infecção TB entre usuários e trabalhadores do serviço.	Criar fluxo de controle de infecção de Tuberculose entre usuários e trabalhadores, de acordo com RDC nº 50/ 2002 e Manual de controle de infecção de Tuberculose do Ministério da Saúde.	Fluxo produzido e em prática nos serviços de Assistência especializada e Atenção Primária à Saúde.
Ausência de Autoteste para HIV.	Articular com Coordenação Estadual HIV/ aids, o fornecimento deste insumo. Acompanhar o recebimento do Autoteste e divulgação da ferramenta de prevenção combinada para a população.	Autoteste para HIV disponível na UDM CTA Tefé.
Ausência de PrEP	Articular com Coordenação Estadual HIV/ aids a inclusão da PrEP no CTA Organizar educação permanente em saúde ao uso de PrEP e divulgação da estratégia de prevenção combinada para o município e regional de saúde.	Dispensação de PrEP na UDM CTA Tefé desde julho/2023
Necessidade de agilizar o resultado da contagem de linfócitos T CD4+ no município (exame era realizado em Coari).	Recebimento da máquina Pima™ de contagem de linfócitos T CD4+	Implantação do exame rápido de contagem de linfócitos T CD4+ após diagnóstico e acompanhamento de PVHA
Necessidade de agilidade no diagnóstico de TB em PVHA	Articular com Coordenação Estadual de Tuberculose o recebimento do LF-LAM para PVHA Garantir o uso adequado do LF-LAM, assim como acesso ao grupo específico do teste de diagnóstico precocemente	Utilização da ferramenta diagnóstica LF-LAM no CTA Tefé

Belém/Pará:**Quadro E10 - Principais resultados da reestruturação do CTA de Belém:**

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Não realização de diagnóstico de TB (latente e ativa).	Realizar pactuações junto a SESMA e Lacen e PECT-PA para definição dos fluxos de avaliação e encaminhamento para diagnóstico e tratamento de tuberculose ativa e latente, visando utilização do IGRA e LF- LAM, Teste rápido molecular e cultura para micobactérias	Criação de protocolo de atendimento e atenção a tuberculose
Necessidade de atualização continuada e permanente de toda a equipe do CTA, tanto em relação a legislação atualizada, oferta de novos serviços e suas respectivas demandas.	Organizar reunião entre os setores para atividades de troca de experiências no atendimento aos usuários e demais serviços do CTA.	Trocas de experiências e oficinas com Consultório de Rua, CAPS AD e Casa da Mulher. Realização de ações em escolas para educação permanente em saúde.
Fragilidade na articulação do CTA com os demais pontos das redes de atenção à saúde e outros serviços de referência e instituições de apoio ao usuário diagnosticado de IST.	Realizar treinamento e capacitação por meio de oficinas para identificação do funcionamento e capacidade das Redes de Saúde e outros serviços assistenciais no município de Belém.	Discussão junto ao projeto da APS do Futuro, que visa ofertar assistência as IST nas APS. Capacitações e protocolo de atenção as IST na APS.
Necessidades de atualização continuada e permanente de toda a equipe do CTA sobre a legislação atualizada dos agravos de interesse, oferta de novos ações como PEP, PrEP, autoteste, vacinas e tratamento de sífilis) para técnicos, bem como capacitação para os demais de acordo com o cargo pertinente.	Elaborar calendário anual de capacitação, mediante cursos na área de saúde, para os servidores do CTA nos diversos setores.	Capacitações na APS no processo de descentralização. Capacitação para equipe CTA para atendimento em PrEP. Capacitação para equipe médica para dispensação de TARV no CTA Belém.

Região Nordeste:

Salvador/Bahia

Quadro E11 - Principais resultados da reestruturação do Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP):

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Incompatibilidade de horários de testagem e coleta de exames complementares nos atendimentos de PrEP	Adequar fluxo de exames para o atendimento da PrEP Elaboração de POP para organizar as demandas de testagem e as necessidades do ambulatório de PrEP	Reorganização no CTA com disponibilização de mais profissionais para realizar as testagens no período de maior demanda (manhã) Acompanhamento rotineiro das mudanças previstas no POP com os médicos prescritores da PrEP.
Baixa divulgação da PrEP voltada às populações elegíveis e prioritárias	Elaboração de novas estratégias de divulgação da PrEP Articulação junto à assessoria de comunicação para apoiar a divulgação do serviço	Articulação junto aos Educadores de Pares, para orientar/reforçar a ampliação das ações de prevenção ao HIV, de modo a abranger OSC e Redes/Grupos de PVHA para divulgação mais efetiva das tecnologias relacionadas à PrEP. Pactuadas estratégias de divulgação da PrEP com Setor de Marketing do CEDAP Atualização do site no CEDAP com a divulgação da PrEP, em parceria com a assessoria de comunicação
Sobrecarga nas demandas de atendimento, por falta de pactuações e fluxos da Rede SUS (serviços municipais)	Pactuar fluxos da rede SUS municipal	Criação de Grupo de trabalho para a descentralização das atividades do CEDAP Aproximação do CEDAP junto à Coordenadora Municipal de Atenção Especializada do Município de Salvador, para pactuação de fluxos de encaminhamento para os serviços municipais de Salvador
Ausência de acesso do CEDAP aos medicamentos especiais de TB via SITE TB (o serviço ainda não era cadastrado)	Solicitar para o Ministério da Saúde a liberação da aba da farmácia (SITE-TB) através do Setor de vigilância epidemiológica estadual Capacitar os profissionais responsáveis para o uso do SITE TB	Acesso ao SITE TB concluído e realizado treinamento dos trabalhadores
Necessidade de reorganização dos fluxos de dispensação de TARV, incluindo descentralização da dispensação para	Definir o setor responsável pela escuta qualificada e encaminhamento dos pacientes de virologia não agendados	Implantado fluxo com a enfermagem para acolhimento desses pacientes e encaminhamento do usuário para retirada de TARV conforme novo fluxo descentralizado

outros serviços da rede com UDM/Farmácia e situações de exceção como por exemplo TARV sem receita médica (SICLOM)	Descentralizar a dispensação de TARV para as UDM/farmácias da rede municipal mais próximas da residência do usuário	Organizado fluxo de identificação de adesão inadequada ao tratamento com agendamento de consulta
	Realizar atividades educativas para melhora da adesão ao tratamento na situação de carga viral detectável	Organizado espaço de educação em saúde aproveitando o espaço físico da sala de espera com vídeos educativos sobre o acompanhamento clínico de PVHA

Pinheiro/Maranhão:

Quadro E12 - Principais resultados da reestruturação do CTA de Pinheiro:

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Necessidade de reorganização dos fluxos para Hepatites virais (vacinação e testagem) atendidos no CTA	Elaborado e formalizado o fluxo no serviço e pactuado capacitações para o PCDT e linha de cuidado	Implantação do novo fluxo para ações de hepatites virais. Capacitações e rodas de conversa, junto à Secretaria Estadual, sobre linha de cuidado, prática de aconselhamento e execução de testes rápidos organizados a partir dos novos fluxos implantados
Necessidade de reorganização dos fluxos para sintomáticos respiratórios atendidos no CTA	Pactuação de fluxo para o encaminhamento de usuários para orientação do escarro e coleta	Fluxo estabelecido junto ao Laboratório Central (Lacen), com instrumentos que facilitem a avaliação dos pacientes com suspeita de TB.
Estrutura física insuficiente para as atividades desenvolvidas no CTA	Ampliação da estrutura do CTA para ofertar melhor comodidade e privacidade nos atendimentos	Aquisição de mais 5 salas contemplando nossa estrutura, além da reforma de setores já existentes.
Ausência de estrutura laboratorial no CTA	Implantação de um laboratório dentro do CTA para evitar o deslocamento dos pacientes da região até a capital	Realização da coleta de exames dentro do CTA a ser ofertado a todos os pacientes da região assistida.
Insuficiência de equipamentos médicos/administrativos para o desenvolvimento do trabalho no CTA	Aquisição de computadores, maquinários, maca ginecológica, impressora dentre outros instrumentos de trabalho indispensável ao CTA	Novos instrumentos já integram o CTA, efetivando e intensificando todos os serviços já ofertados

Caruaru/Pernambuco

Quadro E13 - Principais resultados da reestruturação do CTA de Caruaru:

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Existência de fila de espera de usuários elegíveis para a PrEP	<p>Iniciar PrEP nas consultas de enfermagem</p> <p>Ampliar o n° de vagas/ consultas para PrEP na modalidade demanda livre sem agendamento (consultas de retorno)</p>	<p>Redução da fila de espera para PrEP</p> <p>Parceria com o SAE para ofertar também a PrEP em situação de casais sorodiscordantes que são acompanhados pelo serviço especializado.</p> <p>Oferta de treinamento para capacitar enfermeiros e farmacêuticos da rede de saúde para ampliar a PrEP</p>
Limitações de horário das testagens por falta de RH	<p>Ampliar o horário de testagem rápida</p> <p>Implantar a oferta de autoteste na impossibilidade da testagem na unidade (readequar o RH para a orientação).</p>	<p>Ampliação da equipe de enfermagem para a realização de testagem, educação em saúde/ aconselhamento e ações extramuros</p> <p>Aumento do uso de autoteste nas atividades realizadas pelo CTA</p>
<p>Necessidade de estreitar relações com Lacen em ações conjuntas relacionadas ao diagnóstico CT/NG, Carga viral (resultado de exames, tempo de liberação resultado e frequência do envio de amostras)</p>	<p>Elaborar agenda regular de reuniões com o Lacen</p> <p>Identificar pontos focais Lacen/CTA para melhorar a comunicação</p> <p>Ampliar a frequência de envio de amostras</p> <p>Reduzir o tempo de liberação de resultado</p>	<p>Criação de grupo para comunicação entre Lacen e CTA (resolução de problemas, esclarecimento de dúvidas, agilidade em resultado de exames)</p> <p>Parceria com o SAE para melhor organização das coletas de CV</p> <p>Ampliação de período de coleta e envio de amostra para o Lacen</p>
Morosidade na solicitação de carga viral para hepatite C (centralizado no trabalho médico)	Revisar o fluxo de solicitação de CV HCV junto ao setor de regulação no município	<p>Enfermeiros do CTA foram autorizados pela regulação para solicitar CV HCV, após teste rápido reagentes.</p> <p>Qualificação do processo de vinculação junto ao SAE para acompanhamento</p>

Região Centro-Oeste

Goiânia/GO

Quadro E14 - Principais resultados da reestruturação do Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT) de Goiânia:

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Concentração de coleta de Carga Viral (CV) e contagem de linfócitos T CD4++ em apenas um período do dia, sobrecarregando o serviço que possui uma estrutura física limitada para o atendimento de todos os usuários.	Distribuir as coletas de contagem de linfócitos T CD4+ e CV ao longo do dia.	Realizado acordo com o HDT para que realize a coleta de CV dos seus pacientes, diminuindo a demanda para o CRDT.
CRDT/CTA realiza coleta de CV e contagem de linfócitos T CD4+ de outros serviços – HC/UFG1 e HDT2)	Realizar uma reunião com o Lacen para discutir fluxograma do envio de coletas.	Organização do fluxo de coleta diminuindo a sobrecarga e acrescentando a coleta de material para detecção de CT/NG.
Falta de RH no laboratório para atender a demanda de outros serviços (HC/UFG, HDT).	Acompanhar o chamamento público de funcionários.	Aquisição de um funcionário para a área administrativa do laboratório. A demanda dos exames encaminhados pelo HDT não está sendo mais realizada pelo CRDT, retornando para o seu local de origem.
Não havia interconsultas com todas as especialidades necessárias ao serviço.	Levantar a demanda interna e fazer o encaminhamento	Acordado a realização de encaminhamento/interconsulta para proctologia e urologia (maiores demandas).
Falta de um sistema unificado, online para acesso de todas as informações pertinentes.	Acompanhar e cobrar a implementação do sistema CELK3.	Realizada as capacitações para a equipe multidisciplinar na tratativa de instalação do programa CELK3.
Baixa adesão dos servidores às capacitações/atualizações realizadas de forma virtual.	Criar um cronograma de capacitação interna.	Criado um cronograma para capacitação presencial dos servidores Iniciado as capacitações

(1) Hospital de Clínicas/Universidade Federal de Goiás; (2) Hospital Estadual de Doenças Tropicais e (3) Sistema de Informação em Saúde/Prontuário eletrônico.

Cuiabá/MT

Quadro E15 - Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE Grande Terceiro de Cuiabá:

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Inadequação da estrutura física comprometendo a ampliação da carteira de serviços	Sensibilizar a gestão municipal junto a secretaria adjunta de atenção especializada a agilização do processo de mudança da estrutura física.	Mudança realizada para uma estrutura física maior e adequada, no mês de novembro/23.
Dificuldade de articulação com o Lacen	Viabilizar reunião entre Lacen e CTA para melhoria da comunicação e alinhamento do fluxo de coleta de amostras e liberação de resultados	Realizada reunião e visita da equipe do CTA ao Lacen com repactuação dos fluxos e criação de canal de comunicação permanente (resolução de problemas, esclarecimento de dúvidas, agilidade em resultado de exames)
Morosidade na solicitação de carga viral para hepatite C e HIV	Pactuar com o Lacen agilidade na liberação de resultados de CV de HIV e HCV	Melhoria no prazo de liberação de resultado (CV HIV – 2 dias e CV HCV – 10 dias)
Falta de profissionais médicos, gerando atrasos nos atendimentos	Articular com a gestão a nomeação dos médicos aprovados no concurso	Contratação de infectologista do concurso e ampliação de vaga para clínicos gerais para ampliar a captação de profissionais médicos
Ausência de rede informatizada (prontuário eletrônico)	Articular junto à gestão municipal recursos para informatização da rede	Aquisição de notebook pelo projeto Cuida-CTA Em processo de implantação de prontuário eletrônico
Ausência do uso de autoteste HIV como insumo de prevenção	Solicitar o insumo via SISLOGLAB Organizar interna dos profissionais para o uso desta tecnologia	Utilização do autoteste nas atividades do CTA

Região Sudeste:

Barbacena/MG

Quadro E16 - Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Barbacena:

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Inadequação da estrutura física (área administrativa e da área assistencial) para o desenvolvimento das atividades do CTA e com serviço instalado num prédio onde será a UPA	Construção de uma proposta de ampliação/adequação de acordo com as necessidades do serviço para discussão com a gestão Mudança de prédio (decisão da gestão municipal)	Ampliação de um consultório para uso da equipe através do rearranjo do mapa das salas Autorização da mudança de espaço físico pela gestão municipal (previsto para 2024)
Insuficiência de RH para realizar as atividades preconizadas no CTA	Recomposição da equipe através do Processo Seletivo no município	Equipe foi reestruturada com recomposição da equipe Ampliação das consultas de psicologia e serviço social Realização de sala de espera (educação em saúde) pelo assistente social
Necessidade de ampliação das estratégias de distribuição de insumos de prevenção e utilização do autoteste	Solicitação de autoteste Implementação de estratégia de distribuição e uso do autoteste	Fornecimento regular do insumo Aquisição de outros tipos de preservativos (borracha nitrílica) Sensibilização voltada aos profissionais da APS sobre o uso e distribuição do autoteste pelo CTA
Necessidade de fortalecimento do trabalho junto a APS (testagem não descentralizada e dificuldades no manejo das situações de diagnóstico de HIV)	Elaboração de capacitação para os profissionais da APS Aproximação entre os profissionais do CTA e da APS para esclarecimento de dúvidas, dificuldades e ações conjuntas	Capacitação dos profissionais da APS para realização do TR1 e TR2 (descentralização da testagem) Criação de grupo de discussão entre os profissionais da APS e do CTA para dúvidas sobre atendimento de IST
Dificuldades na solicitação de teste não treponêmico (sífilis), pois não era autorizado a pedir este exame pelo setor de regulação	Articulação com a gestão municipal/regulação para solicitação do exame não treponêmico	Autorização concedida para que o CTA solicitasse e realizasse a coleta de teste não treponêmico (casos novos e reinfeção)
Necessidade de ampliar as atividades de atendimento para pessoas com diagnóstico de TB	Articular junto a gestão e o serviço especializado para a ampliação de horários de consulta médica para pessoas com TB Organização do serviço para a implantação do exame LF-LAM	Aumento de consultas médicas para acompanhamento clínico de pessoas com TB Implementação do teste LF-LAM junto ao Programa Estadual e Municipal

Uberlândia/MG

Quadro E17 - Principais resultados da reestruturação do Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza.

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Comprometimento das campanhas extramuros pós pandemia.	Retomar as ações em escolas estaduais e municipais Potencializar, em conjunto com ONG RNP+, as ações extramuros, incluindo disponibilização de autoteste para HIV) Alinhar cronograma semestral de atividades de ações extramuro	Retomada das ações extramuros em diferentes instituições, por meio de palestras e testagem rápida itinerante Implementação de autoteste para HIV no CTA e ONG RNP+
Dificuldades com parceria com APS	Alinhar, com coordenadora municipal da APS, de cronograma de capacitação da APS, com divisão de cursos por agravo, para todos os profissionais da APS	Estreitamento da relação do CTA e a APS Padronização dos fluxos de encaminhamento APS e SAE Criação fluxo de TR na APS, assim como visitas da coordenação de TB nas unidades APS para melhoria na atenção e cuidado da TB
Ferramentas de diagnóstico de tuberculose no CTA	Alinhamento com gestão estadual	Implementação de LF-LAM no CTA.
Dificuldade de acompanhamento de faltosos	Desenvolvimento de planilhas de acompanhamento e monitoramento de gestantes infectada por agravos, ILTB e PVHA	Construção de planilha de monitoramento para casos novos PVHA, criança exposta e gestante HIV Criação de boletins de Centros de referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), Hanseníase, Tuberculose e HIV no portal de vigilância da prefeitura
Capacitar 100% das unidades da APS para testagem rápida.	Capacitar as unidades básicas de saúde em testagem rápida, com objetivo de atingir 100% das unidades capacitadas e ampliar o quantitativo de profissionais habilitados Disponibilizar os insumos (TR1 e TR2) para diagnóstico de HIV nas unidades capacitadas.	Realização de capacitações e recapacitações na APS para atualização. Realização de TR1 e TR2 para diagnóstico de HIV na APS.

São Gonçalo/RJ

Quadro E18 - Principais resultados da reestruturação da Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis.

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Espaço físico limitado para o desenvolvimento do serviço assistencial e logístico	Reorganizar o fluxo de entrada, espera e saída do usuário que busca o CTA	Abertura de uma nova sala para realização de Teste Rápido, agilizando o fluxo de entrada e saída do usuário
Necessidade de ampliação das ações para Hepatites Virais	Consolidação de protocolo interno para oferta de vacinas para hepatite B e orientação para redução de danos, por exemplo, oferta de insumos	Realização de capacitações e reuniões para discutir protocolos
Falta de Recursos Humanos no CTA	Inclusão de um enfermeiro na equipe do CTA	Disponibilizado um técnico de laboratório e um enfermeiro para agilizar a realização do teste rápido
Falta de possibilidade de acompanhamento aos procedimentos encaminhados a regulação	Acompanhar pactuações para viabilizar o fluxo	Realizada reunião com a Subsecretaria de regulação e frente parlamentar, onde foi acordado que o paciente terá prioridade na fila de atendimento e foi disponibilizado um profissional para esclarecimento de dúvidas na unidade quanto ao fluxo da regulação.

Região Sul:

Guarapuava/Paraná

Quadro E19 - Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Guarapuava.

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Ausência de vacinação no CTA	Pactuação com a gestão Municipal a implementação da Sala de Vacina	Implementação da sala de vacina
Ausência de fluxo de atenção às pessoas com IST junto a APS	Pactuação com a gestão Municipal com a finalidade de capacitação sobre ISTs aos servidores que atuam na APS	Implantação do novo fluxo de atenção às pessoas com IST na rede junto à APS Capacitação de ISTs realizada no dia 25/10/2023, com participação ativa do Ministério da Saúde
Necessidade de promover discussões sobre o risco de exposição de diagnóstico entre profissionais. (preconceito/estigma)	Processo de educação permanente sobre cuidado compartilhado (aprofundamento conceitual para diminuir os efeitos da cultura institucional)	Capacitação de preconceito/ estigma realizada no dia 24/10/2023, com participação ativa do Ministério da Saúde
Insuficiência da carga horária médica com a estrutura atual Médico do serviço com carga horária de 4 e 20 horas semanais	Alinhamento com a gestão municipal para obtenção de um profissional com carga horária estendida	Contratação de profissional com carga horária de 40 horas semanais

Canoas/Rio Grande do Sul

Quadro E20 - Principais resultados da reestruturação do CTA/SAE de Canoas.

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Insuficiência do espaço físico do CTA para a realização das diversas atividades da carteira de serviço preconizada pelo Dathi/SVSA/MS (fisicamente inserido junto ao SAE, serviço de fisiologia e especialidades médicas)	Elaboração de documento com a situação atual do serviço e a necessidade de expansão para viabilizar as ações de ampliação da carteira de serviço; Apresentação de proposta de readequação da planta do serviço.	Readequação do espaço físico com rearranjo do mapa de salas, com isso o CTA ampliou os períodos de testagem e consultas de PrEP. Aguardam reunião com a gestão para discussão do espaço físico segundo documento elaborado durante a vigência do projeto
Ausência de implementação dos protocolos de enfermagem para atividades como PEP, PrEP	Implementação/adesão do protocolo de enfermagem para PrEP e PEP	Capacitação enfermeiros CTA e Ambulatório T ocorreu dia 21/09/23. Enfermeiros CTA prescrevem PEP há 1 mês e PrEP desde a capacitação

Ausência de protocolo de enfermagem para o manejo da sífilis	Criação de grupo de trabalho para elaboração do protocolo de enfermagem para o manejo de sífilis adquirida	
Existência de cota de exames laboratoriais Falta de coleta imediata dos exames de PrEP	Articulação do CTA com a regulação para a ampliação da cota de exames laboratoriais preconizados	Ampliação da cota de exames e a inclusão de exames laboratoriais exigidos pelo PCDT PrEP com coleta imediata (acesso oportuno)
Existência de demanda reprimida para coleta de CV e Contagem de linfócitos T CD4+ Ausência de coleta imediata/ sem agendamento de CV, contagem de linfócitos T CD4+ e exames iniciais	Articulação junto ao Programa Estadual HIV/Aids/IST/Hepatites virais para apoio na redução da demanda reprimida para coleta de CV e contagem de linfócitos T CD4+ (mutirão) Readequação dos processos de trabalho do CTA/SAE para ampliar acesso às coletas laboratoriais	Resolução da demanda reprimida para coleta de CV e contagem de linfócitos T CD4+ Implantação da coleta livre demanda (sem necessidade de agendamento) para os exames iniciais de acompanhamento (HIV/aids), CV e contagem de linfócitos T CD4+
Necessidade de capacitação da RAS para execução de TR e laudos	Planejamento de capacitação pela equipe do CTA/SAE para os profissionais da APS e outros serviços	Capacitação dos profissionais da APS com 70% dos profissionais da rede capacitados
Necessidade de articulação do CTA/SAE para alinhamento sobre o manejo clínico de infecção de HIV em adultos na APS	Retomada do protocolo municipal de compartilhamento do cuidado de PVHA na APS Planejamento de capacitação para os profissionais da APS e agenda de apoio matricial	Capacitação dos profissionais da APS para manejo clínico, segundo protocolo municipal

Concórdia/Santa Catarina

Quadro E21 - Principais resultados da reestruturação do Ambulatório DST/Aids de Concórdia.

Pontos-chave (plano de trabalho)	Ações propostas	Resultados alcançados
Ausência de tratamento de sífilis com uso de Penicilina G benzatina no CTA	Alinhamento com a gestão municipal, coordenação da APS e orientação pelo MS da importância desta ação ocorrer no serviço	Implementação da aplicação da Penicilina pelo serviço
Baixa realização de testagem rápida nas unidades de saúde (APS).	Pactuação com a gestão Municipal e APS a intensificação da testagem nas pessoas que procuram as unidades de saúde	Aumento em até 50% das testagens de IST e tuberculose nas unidades de saúde
Risco de exposição de diagnóstico entre profissionais (preconceito/estigma).	Processo de educação permanente sobre cuidado compartilhado (aprofundamento conceitual para diminuir os efeitos da cultura institucional)	Capacitação de preconceito/estigma realizada no dia 24/10/2023, com participação ativa do Ministério da Saúde.

Ausência de profissional médico infectologista para o CTA, ocorrendo o encaminhamento através de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).	Secretaria Municipal de Saúde realizou articulação de contratação de médico infectologista.	Contratação de profissional médico infectologista para atendimento para as demandas do serviço.
Morosidade no atendimento com profissional psicólogo, com ausência deste profissional no CTA.	Secretaria Municipal de Saúde em trâmites para direcionamento de profissional psicóloga 1 vez por semana para atender os pacientes do CTA.	Psicólogo presente 1 vez por semana no CTA para atendimento da população

Evento presencial de Cooperação Horizontal com os CTA do projeto Cuida-CTA /Einstein/Proadi – SUS

Como proposta de uma atividade de encerramento, foi realizado um encontro dos diversos CTA que estiveram envolvidos na fase reestruturação, denominado de Cooperação Horizontal. Foi um evento com o objetivo de fomentar a troca de experiências entre os CTA e a reflexão sobre os processos formativos e mudanças nas rotinas do trabalho em saúde. Esta atividade foi realizada em parceria com o Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde (NEVS) da Fiocruz Brasília, pois esta instituição também possuía um projeto de reestruturação de CTA, denominado “Fortalecimento da Vigilância das Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. A decisão de organizar um evento conjunto (HIAE e Fiocruz Brasília) partiu do Dathi/SVSA/MS, por existir muitos pontos em comum entre os projetos.

O evento foi realizado nos dias 12 e 13/12/2023 em Brasília com participação de trabalhadores e gerência/ coordenações municipais dos programas de HIV/aids, hepatites virais e IST dos 14 CTA do projeto Cuida-CTA /Einstein e 6 CTA do projeto da Fiocruz. As coordenações estaduais dos programas de HIV/aids, hepatites virais e IST também foram convidadas – Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiânia, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Os técnicos do Dathi/SVSA/MS estiveram presentes tanto para o acompanhamento das atividades, quanto na organização e condução da programação. Com um total de 115 participantes.

A programação resumida encontra-se abaixo:

DIA 12/12	DIA 13/12
Abertura	Relatos dos CTA do projeto Cuida-CTA /Einstein (continuação)
Palestras:	Atividade específica para os CTA do projeto/Fiocruz
<ul style="list-style-type: none">• Política de Incentivo - Oportunidades de uso do recurso• Usos e Práticas de capacitações/ formações	Discussão temática entre todos os CTA: <ul style="list-style-type: none">• Sustentabilidade das ações e mudanças promovidas pelo projeto de reestruturação dos serviços• Estratégias para o uso de insumos de prevenção• Apoio Matricial na Rede de Saúde – o papel do CTA
Relatos dos CTA do projeto Cuida-CTA /Einstein e da Fiocruz Brasília (compartilhamento de dificuldades e sucessos)	Apresentação dos resultados do “Censo CTA”
	Avaliação do evento

O evento encerrou oficialmente as ações previstas no projeto e com uma boa avaliação entre todos os envolvidos, principalmente pela troca de experiências entre os serviços e pela iniciativa de valorização dos Centros de Testagem e Aconselhamento.

PROJETOS PILOTO



PROJETOS PILOTO PARA AVALIAÇÃO DE APLICABILIDADE DE TESTES DIAGNÓSTICOS NOS CTA

Rede piloto de utilização de teste rápido molecular para detecção de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*

Este projeto propôs a utilização de teste rápido molecular para a identificação de clamídia e gonococo, agentes etiológicos transmitidos principalmente por via sexual e, portanto, considerados como infecções sexualmente transmissíveis (IST). Esta iniciativa estava relacionada à necessidade de se avançar na resolubilidade do CTA com foco na avaliação da implementação da abordagem etiológica (tratamento conforme agente causador da infecção) para o manejo das IST, uma vez que o diagnóstico oportuno, em especial nas populações mais vulnerabilizadas, é essencial para o enfrentamento destas infecções no âmbito do SUS. A implantação da tecnologia de teste rápido permite o diagnóstico, liberação do resultado do exame e tratamento no mesmo momento da visita do usuário ao CTA, com maior resolutividade do serviço e contribuição na quebra da cadeia de transmissão das IST. O projeto foi orientado pela Nota Técnica nº 21/2023-CGIST/Dathi/SVSA/MS (anexo 4) e com registro de informações em questionário padronizado (anexo 5).

Foram propostas duas modalidades para a testagem e escolha dos CTA participantes, a primeira foi a implantação da testagem molecular rápida, para o diagnóstico de CT/NG, em serviços que não possuíam o equipamento, na qual se avaliou a resolubilidade do serviço na instituição da abordagem etiológica; a segunda foi com a utilização da Rede de Carga Viral Rápida já instalada no serviço, que avaliou a resolubilidade do serviço na instituição da abordagem etiológica como também o compartilhamento do equipamento para todos os agravos na rotina.

Para a seleção dos serviços foram avaliados requisitos de organização no atendimento às IST, pois era necessário que o CTA já tivesse ações de abordagem às IST na sua carteira de serviços. Também foram exigidos alguns requisitos na estrutura física e de recursos humanos para a instalação do equipamento de testes (GeneXpert®).

Após a identificação destes parâmetros e modalidades do projeto, foi apresentado ao Dathi/SVSA/MS a relação de CTA que cumpriam os requisitos e a escolha final dos serviços participantes foi:

- Amazonas: Coari – Instituto de Medicina Tropical de Coari
- Amazonas: Tefé – CTA de Tefé
- Bahia: Salvador – Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP1)
- Minas Gerais: Barbacena – CTA/SAE Barbacena
- Minas Gerais: Uberlândia – Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza
- Pará: Belém – CTA Belém
- Paraná: Guarapuava – SAE Guarapuava
- Rio de Janeiro: São Gonçalo – Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis

Para a implantação da rede piloto de testes houve necessidade de fornecimento do equipamento GeneXpert® para 6 CTA mediante assinatura de um comodato entre a empresa Cepheid e o CTA/Secretaria de Saúde com duração de 6 meses. Os CTA que receberiam a plataforma diagnóstica seriam: CTA/SAE Barbacena, CTA Belém, SAE Guarapuava, CEDAP1, CTA de Tefé e Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza. Os outros dois CTA - Instituto de Medicina Tropical de Coari e Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis já possuíam o GeneXpert®, ficando acordado somente o fornecimento dos testes e insumos.

Um dos Centros de Testagem e Aconselhamento não conseguiu a assinatura do termo de comodato em tempo hábil e por isso não participou do projeto piloto. Assim, o projeto contou com 7 CTA do total de 8 serviços indicados inicialmente.

As etapas de execução do projeto foram:

Atividades	Jul/23	Ago/23	Set/23	Out/23	Nov/23	Dez/23
Reunião “kick-off” com os CTA, Dathi/SVSA/MS e equipe Cuida-CTA /Einstein						
Elaboração das fichas de registro do projeto piloto na plataforma REDCap						
Solicitação interna para aquisição dos testes para detecção de CT/NG						
Capacitação para uso da plataforma REDCap e registro dos atendimentos em fichas específicas ¹						
Recebimento dos testes e insumos nos CTA						
Elaboração final e divulgação da nota técnica que orientou o projeto piloto – Nota Técnica nº 21/2023-CGIST /Dathi /SVSA/ MS						
Treinamento das equipes dos CTA para coleta, processamento da amostra biológica e uso do equipamento GeneXpert® ²						
Utilização dos testes rápidos moleculares nos CTA ³						

1 - Capacitação foi realizada conforme o mês de recebimento do GeneXpert®.

2 - A Cepheid foi a responsável pelo treinamento no local no momento da entrega do equipamento GeneXpert®.

3 - Início 23/10/2023.

Este projeto apresentou pontos críticos para a sua execução de acordo com o tempo previsto em cronograma:

- Período estendido para assinatura do comodato, como esta etapa envolvia a municipalidade e a empresa, não foi possível uma ação direta da equipe Cuida-CTA/Einstein para maior agilidade. Entretanto, na prévia de preparação do documento padrão da minuta, a equipe do Einstein auxiliou a Cepheid® no desenvolvimento de um formato que facilitasse a adesão do município.
- Entraves administrativos internos do HIAE na aquisição dos testes justificados pelo valor da compra e pela inexistência de um fluxo administrativo já previsto para aquisições deste tipo de insumo em projetos Proadi-SUS da instituição.

- Atraso no fornecimento do quantitativo solicitado de testes pela Cepheid®. Houve necessidade de importação dos testes, pois o kit ofertado era um lançamento da empresa com ampliação de diagnósticos em amostras biológicas extragenitais. A empresa sinalizou que não havia esses kits no Brasil no período solicitado.
- Período estendido para a instalação do equipamento GeneXpert®, sendo o mais relevante os dos CTA do Amazonas, dada a emergência climática que dificultou o transporte fluvial do equipamento na região.

Os CTA começaram a realizar os testes a partir de 23/10/2023, cada serviço recebeu uma quantidade de testes, padronizadas pelo Dathi/SVSA/MS de acordo com o porte do serviço (pequeno, médio e grande) – **Tabela P1**. O consumo dos testes por serviço está descrito na tabela abaixo, tendo como referência o último mês de dezembro/2023:

Tabela P1 – Distribuição dos testes rápidos moleculares de CT/NG por Centro de Testagem e Aconselhamento participante.

CTA	Quantitativo recebido	nº de testes inválidos	nº de testes perdidos	nº de testes utilizados	SALDO
CTA Belém	800	0	0	0	800
CEDAP-Salvador	1200	0	6	208	986
SAE/CTA Guarapuava	600	2	16	215	367
IMT Coari	600	0	0	10	590
Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis São Gonçalo	1000	10	3	157	830
SAE/CTA Tefé	600	0	0	7	593
SAE/CTA Barbacena	600	4	11	189	396

Resultados do projeto-piloto:

De acordo com o perfil de pessoas testadas nos CTA, identificou-se uma população de adultos jovens (18 a 29 anos), seguida da faixa etária de 30-39 anos (n= 131; 34,4%) e da faixa de 40-49 anos (n=53; 13,9%), as pessoas com 50 anos ou mais representaram 6% dos participantes (**Tabela P2**). A média de idade foi de 32 anos com desvio padrão 10,1 anos.

A maioria das pessoas autodeclararam sua raça/cor como pretos/pardos (n= 233; 61,2%), os brancos representaram 37,8% (n= 144), indígenas e amarelos com pouco mais de 1% (n=1; 0,3% e n=3; 0,8% respectivamente) (**Tabela P2**).

Com relação à escolaridade, 16,3% (n=62) informaram o ensino fundamental ou menos. A maioria dos participantes possuía o ensino médio (n=206; 54,1%), com predominância do ensino médio completo (n=172; 45%). As pessoas com ensino superior

representaram 29,1% (n=111), sendo o superior completo o mais frequente (n=70; 18,4%) (**Tabela P2**).

A maioria dos participantes se identificou como cisgênero (n=365; 95,8%), sendo a maior porcentagem de homens cis (n=263; 69%) e mulheres cis (n=102; 26,8%). As pessoas transgênero representaram 3,7%, sendo 3,4% de mulheres trans/travestis e um homem trans (0,3%), duas pessoas se identificaram como não binários (0,5%) (tabela 2).

Referente à orientação sexual, quase a metade informou ser heterossexual (n= 187; 49,1%), 37,8% eram homossexuais (n=144). Outras orientações sexuais mencionadas foram bissexuais (n=46; 12,1%), pansexuais (n=1; 0,3%) e 3 pessoas não sabiam ou preferiram não declarar (0,8%) (**Tabela P2**).

Dentre os participantes foi pesquisado o pertencimento a algumas populações específicas (chaves, prioritárias e vulnerabilizadas) e o grupo mais mencionado foi o de pessoas que usavam álcool e outras drogas (n=114; 29,9%) e trabalhadores(as) do sexo (n=15; 3,9%). As pessoas privadas de liberdade e trabalhador(a) rural representaram cada uma 0,3% (n=1). As outras populações como: indígenas aldeados; população do campo e floresta e em situação de rua não foram identificadas pelos serviços participantes. As gestantes perfizeram 2% da amostra (**Tabela P2**).

Tabela P2 – Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual e populações específicas. Brasil, 2023.

Faixa etária (n=381)	n	%
<18	12	3,10%
18-29	160	42,00%
30-39	131	34,40%
40-49	53	13,90%
50-59	19	5,00%
60-69	5	1,30%
Ignorado/Não informou	1	0,30%
Raça/Cor (n=381)	n	%
Amarela	3	0,80%
Branca	144	37,80%
Indígena	1	0,30%
Preta/Parda	233	61,20%
Escolaridade (n=381)	n	%
Ensino fundamental ou menos	62	16,30%
Ensino médio completo e incompleto	206	54,10%
Ensino superior completo e incompleto	111	29,10%
Ignorado/Não informou	2	0,50%
Identidade de Gênero (n=381)	n	%
Homem Cis	263	69,00%
Homem transexual	1	0,30%
Mulher Cis	102	26,80%
Mulher transexual/Travesti	13	3,40%
Não binário	2	0,50%
Orientação sexual (n=381)	n	%
Bissexual	46	12,10%

Heterossexual	187	49,10%
Homossexual/Gay/Lésbica	144	37,80%
Pansexual	1	0,30%
Não sabe ou prefere não declarar	3	0,80%
População vulnerabilizada (n=381)	n	%
Pessoas que usam álcool e outras drogas	114	29,90%
Trabalhadores do sexo	15	3,90%
Privados de liberdade	1	0,30%
Trabalho rural	1	0,30%
Não pertence a nenhuma das populações listadas	258	67,70%
Gestante (n=381)	n	%
Não	96	93,20%
Sim	7	6,80%
Não se aplica	278	

Quando se analisou o número de parcerias sexuais nos últimos seis meses, identificou-se uma média de 10 e uma mediana de 3 parcerias. Dentre as práticas sexuais nos últimos 6 meses sem o uso do preservativo, 72% fizeram sexo oral (n=273), 71% receberam sexo oral (n=269), 45% anal receptivo (n=170), 40% anal insertivo (n=154), 30% vaginal insertivo (n=114) e 23% vaginal receptivo (n=87). Uma pequena amostra mencionou o uso de preservativo nos últimos 6 meses ou não tiveram relação sexual nesse período, sua inclusão no projeto foi por se enquadrarem em situações elegíveis de rastreamento. As informações das práticas sexuais objetivavam orientar a coleta de amostras nos sítios anatômicos correspondentes para a pesquisa de CT/NG (**Tabela P3**).

Tabela P3 – Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo as práticas sexuais informadas. Brasil, 2023.

Práticas sexuais (n=381)	n¹	%
Anal insertivo (penetrar ânus)	154	40%
Anal receptivo (ser penetrado/a no ânus)	170	45%
Vaginal insertivo (penetrar vagina)	114	30%
Vaginal receptivo (ser penetrado(a) na vagina)	87	23%
Recebeu sexo oral	269	71%
Fez sexo oral	273	72%
Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)	14	4%

1 – o participante poderia declarar mais de uma prática sexual e, portanto, o n e a soma das porcentagens são maiores.

A nota técnica recomendava a pesquisa de CT/NG em pessoas com sintomas sugestivos de IST ou rastreamento para pessoas assintomáticas de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2022). Assim, 38,8% (n=148) eram pessoas com sinais/sintomas de provável IST causada por clamídia e/ou gonococo e 60,9% (n=232) para as situações de rastreamento de pessoas assintomáticas (**Tabela P4**).

Nas situações de IST sintomática (**Tabela P5**), o corrimento uretral foi o sintoma mais mencionado para as pessoas do sexo (biológico) masculino (64,2%; n=68) e a dor anorretal e/ou corrimento foi apontado por 23,6% (n=25). Para as pessoas do sexo

(biólogo) feminino, a maioria referiu corrimento vaginal e/ou cervicite (93%, n=40), seguido de corrimento uretral (16,7%; n=7). A sintomatologia orofaríngea foi a menos relatada em ambos os sexos (sexo masculino: 7,5%; n=8 e sexo feminino: 4,7%; n=2).

Tabela P4 - Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo as indicações para utilização de teste rápido molecular para detecção de clamídia/gonococo. Brasil, 2023.

Indicações para testagem (n=381)	n	%
Pessoa com sinais/sintomas de provável IST	148	38,80%
Pessoa assintomática: rastreamento de CT/NG.	232	60,90%
Retestagem por persistência dos sintomas sugestivos de IST	1	0,30%
Indicações de rastreamento de CT/NG (assintomáticos) (n=233)	n	%
Relação sexual desprotegida	92	39,70%
Profilaxia pré-exposição	87	37,50%
Pessoa vivendo com HIV no momento do diagnóstico	36	15,50%
Profilaxia pós-exposição	13	5,60%
Gestante com alta vulnerabilidade para IST	4	1,70%

Tabela P5 – Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo sinais e sintomas de IST e sexo biológico. Brasil, 2023.

Sinais/Sintomas	Sexo biológico	
	Feminino (n=43)	Masculino (n=106)
	n¹ (%)	n¹ (%)
Corrimento uretral	7 (16,3%)	68 (64,2%)
Corrimento vaginal e/ou cervicite	40 (93,0%)	NA
Corrimento anal e/ou dor anal	0 (0,0%)	25 (23,6%)
Secreção/dor orofaríngea	2 (4,7%)	8 (7,5%)
Outros	1(2,3%)	12 (11,3%)

NA = Não se aplica

1 – o participante poderia declarar mais de um sintoma e, portanto, o n e a soma das porcentagens são maiores.

Dentre o rastreamento de CT/NG em pessoas assintomáticas (n=232) (tabela 4), 39,7% (n=92) informaram relação sexual desprotegida, 37,5% (n=87) para rastreamento de pessoas em uso de profilaxia pré-exposição (PrEP), 15,5% (n=36) para rastreamento logo após o diagnóstico de HIV, 5,6% (n=13), 5,6% (n=13) para pessoas em uso de profilaxia pós-exposição e 1,7% (n=4) para gestantes com alta vulnerabilidade para IST.

Numa análise do perfil de pessoas e as situações elegíveis para a pesquisa de CT/NG foram encontradas algumas particularidades (**Tabela P6**):

- Os homens cis foram os que mais procuraram o CTA para teste diagnóstico tanto para as situações de IST sintomática (n=103; 69,1%) quanto para o rastreamento (n=160; 69%) seguido das mulheres cis, mas numa proporção bem abaixo se comparada aos homens cis (IST sintomática: 28,9%; n=43 e rastreamento: 25,4%; n=59).
- As pessoas trans estiveram mais presentes nas situações de rastreamento (5,1%; n=12) se comparada às IST sintomáticas (2,0%; n=3).

- Quanto à orientação sexual, os heterossexuais se enquadraram na testagem por suspeita de IST sintomática (n=96; 64,4%) e os homossexuais no rastreamento (n=108; 46,4%).
- Na caracterização de algumas populações específicas, as pessoas em uso de álcool e outras drogas foram mais frequentes na testagem por IST sintomática. Os testes para o rastreamento de CT/NG conseguiram ampliar a captação de outras populações com destaque para as pessoas em uso de drogas (34,9; n=81) e os(as) trabalhadores(as) do sexo (6,5%; n=15).

Tabela P6 – Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo identidade de gênero, orientação sexual, populações específicas e indicações de testagem para clamídia e gonococo. Brasil, 2023.

Gênero (n=381)	IST sintomática		Rastreamento	
	n	%	n	%
Homem Cis	103	69,10%	160	69,00%
Mulher Cis	43	28,90%	59	25,40%
Mulher transexual/travesti	3	2,00%	10	4,30%
Não binário	0	0,00%	2	0,90%
Homem transexual	0	0,00%	1	0,40%
Orientação sexual (n=381)	n	%	n	%
Bissexual	16	10,70%	30	12,90%
Heterossexual	96	64,40%	91	39,20%
Homossexual/Gay/Lésbica	36	24,20%	108	46,60%
Pansexual	0	0,00%	1	0,40%
Não sabe ou prefere não declarar	1	0,70%	2	0,90%
População vulnerabilizada (n=381)	n	%	n	%
Pessoas que usam álcool e outras drogas	33	22,00%	81	34,90%
Privados de liberdade	0	0,00%	1	0,40%
Trabalhadores do sexo	0	0,00%	15	6,50%
Trabalho rural	0	0,00%	1	0,40%
Não pertence a nenhuma das populações listadas	116	78,00%	142	61,20%

A coleta do exame foi parte integrante da análise do projeto-piloto tanto para averiguar a sua execução de acordo com o sítio anatômico correspondente às práticas sexuais, quanto na organização do CTA para realização do exame. O protocolo preconizou a coleta em até 3 sítios anatômicos por pessoa de acordo com as práticas sexuais relatadas. A média de coleta foi de 2 sítios anatômicos por pessoa.

A coleta de urina foi a mais frequente (n=307; 80,6%), o esfregaço orofaríngeo correspondeu a 65,1% (n=248), 31,2% (n=119) coletaram amostra anorretal, 15% (n=57) o esfregaço vaginal e a coleta endocervical foi a menor com 2,4% (n=9). A maior proporção de coletas de amostra de urina pode ser explicada pela facilidade da oferta deste tipo de coleta e pelo público do projeto ser predominante de homens cis e com práticas sexuais insertivas (**Tabela P7**).

Na comparação entre as práticas sexuais e as coletas correlatas (**Gráfico P1**), percebeu-se que nem sempre houve coleta de acordo com o sítio anatômico correspondente. Para as pessoas que relataram práticas sexuais insertivas – vaginal e/ou

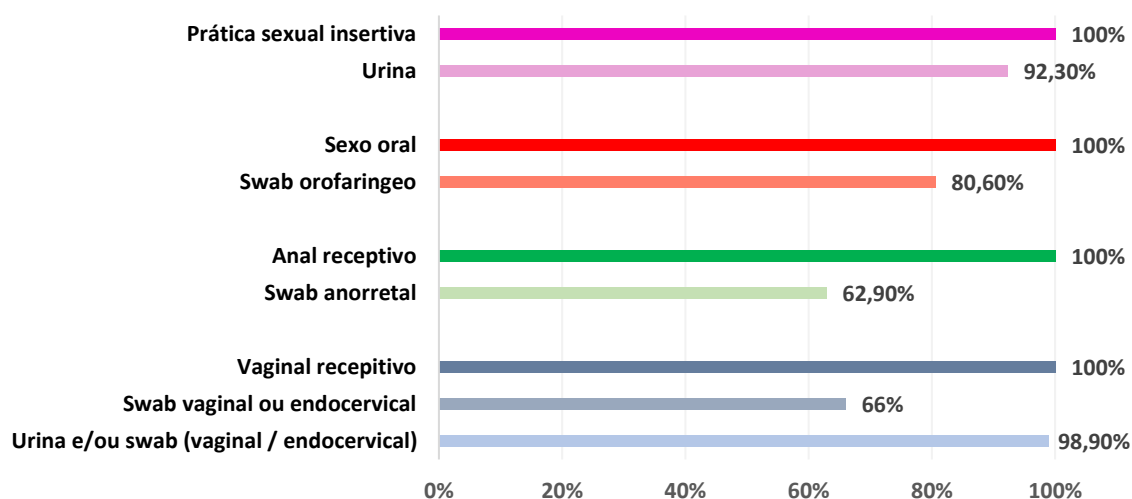
anal – (n=235), houve coleta de urina em 92,3% (n=217) dos casos. Para os pacientes que informaram sexo oral (n=273), a coleta de esfregaço orofaríngeo ocorreu em 80,6% (n=220), para a relação sexual vaginal receptiva identificou-se coleta de esfregaço vaginal e/ou endocervical em 65,5% (n=57), quando se adicionou a coleta de urina este número chega a quase 100%. A coleta de esfregaço anorretal foi a menor com 62,9% (n=107) das pessoas que mencionaram prática sexual anal receptiva (n=170). Percebeu-se que os serviços apresentaram maior facilidade para a coleta de urina, como já mencionado acima. Apesar do esfregaço vaginal ser por autocoleta, a explicação da proporção inferior pode ser explicada, em parte, pela não aceitação das pessoas na coleta deste exame. As coletas de esfregaço endocervical e anorretal foram as menores pois, além da aceitabilidade do paciente já citada anteriormente, elas necessitaram de uma maior organização dos serviços por estarem, em sua maioria, vinculadas ao atendimento médico ou de enfermagem e a necessidade de material não fornecido pelo projeto, no caso o do espêculo vaginal para as coletas endocervicais.

Tabela P7 – Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=381), segundo tipo de amostra coletada. Brasil, 2023.

Tipologia de amostra coletada	n	%
Urina	307	80,60%
Esfregaço orofaríngeo	248	65,10%
Esfregaço anorretal	119	31,20%
Esfregaço vaginal	57	15,00%
Esfregaço endocervical	9	2,40%

1 – o participante poderia coletar até 3 sítios anatômicos a depender da declaração das suas práticas sexuais, portanto, o n e a soma das porcentagens são maiores.

Gráfico P1 – Coleta de amostras biológicas segundo informação das práticas sexuais dos participantes. Brasil, 2023.



Todas as coletas foram realizadas no mesmo dia do atendimento, com uma única exceção em que a coleta aconteceu em outro período, mas ainda no mesmo dia da primeira visita ao serviço de saúde, por impossibilidade de coleta de amostra urina, pois, paciente precisava estar sem urinar no mínimo 1 hora antes do exame.

Outro aspecto investigado foi o tempo de entrega do resultado (**Tabela P8**), dada a contribuição do teste rápido molecular (*point of care*) na agilidade do diagnóstico e

resposta. Na análise geral, um pouco mais da metade dos participantes obtiveram o resultado no mesmo dia (n=193; 51%) e o restante recebeu o resultado do exame em outro momento (n=188; 49%). Quando comparado o tempo de entrega do resultado com o motivo de procura do serviço de saúde (**Tabela P9**), identificou-se que, em ambas as situações, o resultado foi informado ao paciente no mesmo dia (rastreamento: n=102; 56% e IST sintomática: n=91; 61%). O recebimento do resultado em outro dia foi proporcionalmente maior nas situações de rastreamento (n=130; 44%) se comparado à IST sintomática (n=58; 39%). A entrega do resultado ocorreu em outro momento pois quase a totalidade dos pacientes não quiseram ou não puderam esperar pelo resultado (n=186; 98,9%). Em apenas uma ocasião foi mencionada a situação de execução do exame quase no fim do expediente do serviço, com a entrega do resultado no dia seguinte.

Quanto ao tempo de entrega, 37% (n=69) receberam no dia seguinte, 34% (n=63) entre 2 e 3 dias, 18% (n=34) de 4 a 7 dias e acima de 1 semana somente 9% (n=16). Uma pequena parcela de usuários não voltou ao serviço para buscar o resultado (n=6; 3%). Importante destacar que em 88% (n=166) dos casos, o resultado foi entregue em até uma semana.

Tabela P8 – Distribuição percentual dos testes realizados, segundo tempo de entrega do resultado. Brasil, 2023.

Tempo de entrega do resultado do teste molecular de CT/NG (n=381)	n	%
Mesmo dia da coleta	193	51%
No dia seguinte	69	37%
Em 2 ou 3 dias	63	34%
Em 4 a 7 dias	34	18%
Após 7 dias	16	9%
A pessoa não voltou ao serviço para o resultado	6	3%

Tabela P9 – Distribuição percentual dos testes realizados, segundo tempo de entrega do resultado e indicação de testagem. Brasil, 2023.

Entrega do resultado do teste molecular de CT/NG (n=381)	IST Sintomática		Rastreamento	
	n	%	n	%
Resultado do exame no mesmo dia	91	61%	102	56%
Resultado do exame em outro dia	58	39%	130	44%

Resultado do teste molecular rápido CT/NG

Para a apresentação do resultado dos exames, optou-se pela separação em duas categorias: IST sintomática e o rastreamento.

A detecção de clamídia e/ou gonococo para as IST sintomáticas foi de 50,3% (n=75), com 18,1% (n=27) detectado para gonococo, 16,1% (n=24) detectado para clamídia e 16,1% (n=24) detecção para gonococo e clamídia (**Tabela P10**).

Para as pesquisas de rastreamento (**Tabela P10**), a detecção de clamídia e/ou gonococo foi de 10,7% (n=25), com maior proporção de detecção de clamídia (n=14;

6%), seguido de detecção de gonococo (n=7; 3%) e detecção de clamídia e gonococo (n=4; 1,7%).

A análise das amostras de urina (**Tabela P10**) evidenciou uma detecção de 49,2% (n=59) para clamídia e ou gonococo nos casos de IST sintomática, sendo a detecção de gonococo a maior proporção (n=24; 20%), seguida da detecção de clamídia e gonococo (n=18; 15%) e detecção de clamídia (n=17; 14,2%). Já para as situações de rastreamento, a detecção de clamídia foi a maior com 2,7% (n=5), a detecção de gonococo foi de 1,6% (n=3) e a de clamídia e gonococo em torno de 1% (n=2).

Para as amostras de esfregaço vaginal (**Tabela P10**) a detecção de clamídia e/ou gonococo foi de 21% (n=5) para as suspeitas de IST sintomáticas, com maior proporção de detecção por clamídia (n=3; 13%) e gonococo com 8% (n=2). No rastreamento só houve detecção de clamídia com 3 casos (9%). Foram poucas coletas de esfregaço endocervical com detecção somente nas situações de IST sintomáticas, houve identificação de 1 caso de infecção por clamídia (20%) e 1 caso de gonococo (20%).

As amostras de esfregaço anorretal (**Tabela P10**) tiveram uma detecção de 48% (n=15) para clamídia e/ou gonococo, sendo o segundo tipo de amostra com mais detecção nas situações de IST sintomáticas. A infecção por clamídia foi de 26% (n=8), seguida de coinfeção clamídia e gonococo (n=4; 13%), a infecção somente por gonococo foi de 10% (n=3). Para as amostras anorretais, nas situações de rastreamento, a detecção de clamídia foi a maior (n=5; 6%), houve um caso de coinfeção e um caso de detecção por gonococo representando 1% cada uma.

Por fim, nos esfregaços orofaríngeos (tabela 8) houve detecção de clamídia e/ou gonococo em 14% (n=11) das amostras com suspeita de IST sintomática, sendo a maior proporção de infecção por gonococo (n=8; 10%). Nos casos de rastreamento, a detecção de clamídia e/ou gonococo foi de 8% (n=7) com predominância de clamídia (n=5; 6%).

Tabela P10 – Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo agente etiológico e indicações de testagem. Brasil, 2023.

Geral	IST sintomática		Rastreamento	
	n (n=149)	%	n (n=232)	%
Clamídia	24	16,1%	14	6%
Clamídia e Gonococo	24	16,1%	4	1,7%
Gonococo	27	18,1%	7	3%
Não detectado	74	49,7%	207	89,2%
Urina	n (n=120)	%	n (n=187)	%
Clamídia	17	14,2%	5	2,7%
Clamídia e Gonococo	18	15%	2	1,1%
Gonococo	24	20%	3	1,6%
Não detectado	61	50,8%	177	94,7%
Esfregaço vaginal	n (n=24)	%	n (n=33)	%
Clamídia	3	13%	3	9%
Gonococo	2	8%	0	0
Não detectado	19	79%	30	91%
Esfregaço endocervical	n (n=5)	%	n (n=4)	%

Clamídia	1	20%	0	0
Gonococo	1	20%	0	0
Não detectado	3	60%	4	100%
Esfregaço anorretal	n (n=31)	%	n (n=88)	%
Clamídia	8	26%	5	6%
Clamídia e Gonococo	4	13%	1	1%
Gonococo	3	10%	1	1%
Não detectado	16	52%	81	92%
Esfregaço orofaríngeo	n (n=77)	%	n (n=171)	%
Clamídia	1	1%	3	2%
Clamídia e Gonococo	2	3%	1	1%
Gonococo	8	10%	5	3%
Não detectado	66	86%	162	95%

Procedeu-se também com uma análise comparativa entre os diversos tipos de amostras biológicas e a detecção dos agentes etiológicos. Seguem alguns destaques (**Tabela P11**):

- As amostras de urina foram as que apresentaram as maiores detecções para clamídia e/ou gonococo (n=69; 22%), detecção de gonococo (n=47; 15%), “só gonococo” (n=27, 9%) ou coinfecção (n=20; 7%).
- As amostras de esfregaço anorretal foram o segundo tipo de amostra para detecção de clamídia e/ou gonococo (n=18%)
- As amostras de esfregaço anorretal apresentaram a maior detecção de clamídia (n=18; 15%) e “só clamídia” (n=13; 11%)
- As amostras vaginais/endocervicais apresentaram a maior proporção de detecção “só clamídia” (n=7; 11%)
- As amostras de esfregaço orofaríngeo ocuparam posições intermediárias, com mais detecção de gonococo se comparada à detecção de clamídia.

Tabela P11 – Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo agente etiológico e tipos de amostras biológicas. Brasil, 2023.

Resultado TRM CT/NG	Urina (n=307) n (%)	Vaginal / Endocervical (n=66) n (%)	Esfregaço anorretal (n=119) n (%)	Esfregaço orofaríngeo (n=248) n (%)
Detectado para clamídia e/ou gonococo	69 (22%)	10 (15%)	22 (18%)	20 (8%)
Não detectado para clamídia e/ou gonococo	238 (78%)	56 (85%)	97 (82%)	228 (92%)
Detectado para clamídia	42 (14%)	7 (11%)	18 (15%)	7 (3%)
Detectado para gonococo	47 (15%)	3 (5%)	9 (8%)	16 (6%)
Detectado somente para clamídia	22 (7%)	7 (11%)	13 (11%)	4 (2%)
Detectado somente para gonococo	27 (9%)	3 (5%)	4 (3%)	13 (5%)
Detectado para clamídia e gonococo	20 (7%)	0 (0%)	5 (4%)	3 (1%)

Realizou-se a caracterização dos participantes com detecção de clamídia e/ou gonococo nos testes moleculares, conforme a **Tabela P12**:

Tabela P12 – Distribuição percentual dos participantes com resultados positivos (n=100) para clamídia/gonococo, segundo raça/cor, faixa etária, sexo biológico, populações específicas (HSH) e situações de rastreamento. Brasil, 2023.

Raça/cor	Clamídia (n=38)		Clamídia e Gonococo (n=28)		Gonococo (n=34)	
	n	%	n	%	n	%
Branca	14	37%	7	25%	10	29%
Preta/Parda	24	63%	21	75%	24	71%
Amarela	0	0%	0	0%	0	0%
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%
Faixa etária	n	%	n	%	n	%
<18	1	3%	0	0%	4	12%
18-29	19	50%	12	43%	14	41%
30-39	12	32%	13	46%	12	35%
40-49	6	16%	2	7%	3	9%
50-59	0	0%	0	0%	1	3%
60-69	0	0%	0	0%	0	0%
Não informado	0	0%	1	4%	0	0%
Sexo biológico	n	%	n	%	n	%
Feminino	12	32%	1	4%	4	12%
Masculino	26	68%	27	96%	30	88%
População específica: HSH	n	%	n	%	n	%
HSH	17	65%	12	44%	11	37%
Não HSH ¹	9	35%	15	56%	19	63%
Situações de rastreamento	n	%	n	%	n	%
Exposição de risco	2	14%	2	50%	1	14%
Gestante	1	7%	0	0%	0	0%
PVHIV no momento do diagnóstico	4	29%	2	50%	0	0%
PrEP	7	50%	0	0%	4	57%
PEP	0	0%	0	0%	2	29%

(1) Homens cisgênero heterossexual

As pessoas pretas/pardas foram as que apresentaram as maiores proporções de infecção por clamídia e/ou gonococo (clamídia: 63%, n=24; gonococo: 71%, n=24; coinfeção clamídia e gonococo: 75%, n=21).

As pessoas na faixa etária de 18 a 29 anos apresentaram as maiores proporções de infecção por clamídia (n=50%; n=19) e gonococo (41%; n=14). Já a coinfeção foi a mais frequente na população de 30 a 39 anos (46%; n=13).

A infecção por clamídia foi proporcionalmente maior na população HSH (65%; n=17). Já a coinfeção clamídia/gonococo (56%; n=15) e infecção por gonococo (63%; n=19) foi mais frequente na população “não HSH” (homens cisgênero heterossexual).

Dentre as situações de rastreamento, a testagem em pessoas em uso de PrEP apresentou as maiores proporções de detecção de clamídia (n=50%; n=7) e de gonococo (n=57%; n=4). Já a coinfeção clamídia e gonococo foi mais frequente nas situações de exposição de risco e PVHIV no momento do diagnóstico.

Com relação ao sexo biológico, os homens apresentaram as maiores proporções de detecção de clamídia e gonococo (**Tabela P13**). Destaca-se que quase a totalidade das coinfeções (96%; n=27) foi neste segmento populacional, seguida da detecção de gonococo (88%; n=30) e clamídia (68%, n=26). Numa análise dos agentes etiológicos mais comuns por sexo (tabela 11) identificou-se que, para o sexo feminino, a clamídia foi mais frequente (12%; n=12). Para o sexo masculino, as infecções por gonococo e coinfeção clamídia/gonococo foram as mais frequentes.

Tabela P13 – Distribuição dos participantes segundo sexo biológico e resultado do teste rápido molecular para clamídia e gonococo. Brasil, 2023.

Resultado do teste molecular	Feminino (n=103)		Masculino (n=278)	
	n	%	n	%
Clamídia	12	12%	26	9%
Clamídia e Gonococo	1	1%	27	10%
Gonococo	4	4%	30	11%
Não detectado	86	83%	195	70%

Apesar de o estudo não ter objetivo de estimar prevalência destes agentes etiológicos, realizou-se comparação dos resultados do projeto com alguns achados da literatura:

- Barbosa *et al.* (2010) em estudo sobre a prevalência de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em homens em clínicas de IST identificaram prevalência de clamídia próximo à porcentagem do resultado deste projeto (13,1%). A prevalência de infecção por gonococo no projeto foi menor (18,4%) e coinfeção clamídia e gonococo foi quase 3 vezes maior, neste projeto (4,4%).
- Para as mulheres, as proporções de infecção por clamídia e gonococo foram maiores se comparada ao estudo de Rocha *et al.* (2014) que encontrou uma prevalência de 6,4% de *Chlamydia trachomatis* e 1,4% de *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres atendidas em serviços de Atenção Primária no Amazonas. Em outra pesquisa de prevalência destas infecções em mulheres jovens que buscavam testagem de HIV em um hospital na cidade do Rio de Janeiro (COOK *et al.*, 2014) encontrou-se valores menores para clamídia (8%) e valores maiores para gonococo (9,5%). Por fim, Miranda *et al.* (2024) em um estudo nacional de diagnóstico por biologia molecular destes agentes infecciosos evidenciou a prevalência de 9,9% de *Chlamydia trachomatis* e 0,6% *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres gestantes; o projeto-piloto encontrou valores superiores ao deste estudo com destaque para o gonococo com prevalência muito superior.

Tratamento/abordagem às IST

Com relação a abordagem terapêutica, foram realizados tratamentos em 27,8% das situações. Dentre os atendimentos na qual não houve tratamento, identificou-se que a maior parte das situações foi pela não detecção de clamídia ou gonococo em pacientes assintomáticos (n=263; 95,6%). Entretanto, uma pequena parcela de pacientes não foi tratada pela ausência de profissional habilitado para realizar a prescrição no momento da liberação do resultado (n=12; 4,4%), por ser uma ação vinculada ao trabalho médico em muitos serviços, nem sempre havia a disponibilidade deste profissional durante todo o horário de funcionamento do serviço (**Tabela P14**). Dentre as pessoas que não receberam a prescrição por falta de profissional habilitado houve predominância na detecção de clamídia (n=8; 66,7%), seguida de coinfeção (clamídia e gonococo) (n=3; 25%) e detecção de gonococo (n=1; 8,3%) (**Tabela P14**).

Para as situações em que houve a prescrição medicamentosa (n=106), 76,4% (n=81) dos pacientes receberam o tratamento após o resultado do exame com detecção de um dos agentes etiológicos do estudo, uma pequena porcentagem recebeu algum tipo de tratamento (suspeita de IST sintomática), mas sem a detecção de clamídia ou gonococo (n=10; 9,4%). A abordagem sindrômica (tratamento realizado antes do resultado do exame) foi identificada em 14,2% (n=15) (**Tabela P15**).

Na análise entre a modalidade de prescrição do tratamento e a identificação do agente etiológico, observou-se (**Tabela P15**):

- Para os tratamentos realizados antes do resultado do exame (n=15), a maior proporção foi a de pacientes sem detecção de clamídia e gonococo (n=8, 53,3%), seguida de coinfeção (clamídia e gonococo) com 26,7% (n=4). A presença de clamídia foi de 13,3% (n=3) e de gonococo 6,7 (n=1).
- Para as situações no qual o tratamento ocorreu após o resultado de exame, a predominância foi de infecção por gonococo (n=32; 39,5%). A presença de clamídia foi identificada em 34,6% (n=28) e a coinfeção em 25,9% (n=21).

Tabela P14 – Distribuição percentual dos participantes, segundo abordagem terapêutica. Brasil, 2023.

Abordagem terapêutica (n=381)	n	%
Tratamento não realizado	275	72,20%
Tratamento realizado	106	27,80%
Motivos dos tratamentos não realizados (n=275)	n	%
Ausência de profissional habilitado para realizar a prescrição	12	4,40%
Paciente assintomática e não detectado para CT/NG ¹	263	95,60%
Tipologias de tratamento (n=106)	n	%
Realizado antes do resultado de TRM para CT/NG ¹	15	14,20%
Realizado após resultado de TRM detectado(s) para CT e/ou NG ¹	81	76,40%
Realizado após resultado TRM não detectados para CT/NG ¹	10	9,40%

¹ – CT/NG = *Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*

Tabela P15 – Distribuição percentual dos resultados do teste rápido molecular, segundo modalidade de abordagem terapêutica. Brasil, 2023.

Resultado CT/NG ¹	Tratamento não realizado (n=12)		Tratamento realizado antes do resultado (n=15)		Tratamento realizado após resultado (n=81)	
	n	%	n	%	n	%
Clamídia	8	66,70%	2	13,30%	28	34,60%
Clamídia e Gonococo	3	25,00%	4	26,70%	21	25,90%
Gonococo	1	8,30%	1	6,70%	32	39,50%
Não detectado	0	0	8	53,30%	0	0,00%

1 – CT/NG = *Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*

Os esquemas terapêuticos preconizados no projeto foram orientados pela nota técnica n° 21/2023-CGIST /Dathi /SVSA/MS, conforme **Quadro P1**:

Quadro P1 – Protocolo de tratamentos orientados pela nota técnica do projeto-piloto.

INFECÇÃO POR GONOCOCO/CLAMÍDIA	TRATAMENTO	
	Primeira opção	Segunda opção
Coinfecção por Clamídia e Gonococo NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	_____
Infecção por clamídia NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia por 7 dias (exceto gestantes)
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	_____
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única
<ul style="list-style-type: none"> Se paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g). As parcerias sexuais devem receber o mesmo tratamento indicado ao paciente. Pacientes e parcerias devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo, ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única. O retratamento de infecção gonocócica é para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais. 		

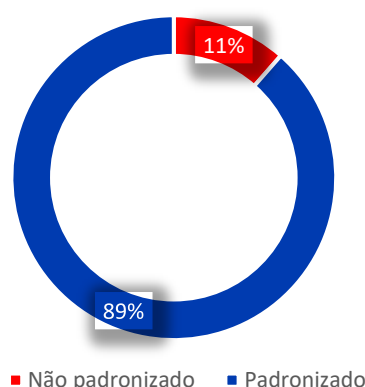
Fonte: Adaptado de Nota técnica n° 21/2023-CGIST /Dathi /SVSA/MS.

Com relação às prescrições medicamentosas (**Gráfico P2**), foi constatado que 11% (n=11) dos pacientes receberam tratamentos não padronizados segundo recomendações do PCDT/nota técnica. Para esta análise foi realizada a exclusão de 10 situações de pacientes com queixa de IST sintomática e com resultado “não clamídia” e “não gonococo” e sem outra informação adicional sobre o diagnóstico final e, por isso, não foi

não foi possível avaliar a padronização da prescrição medicamentosa destes casos. As situações de tratamento não padronizadas estão descritas a seguir:

- Prescrição realizada antes do resultado de exame: 1 paciente recebeu a prescrição de doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias. O resultado deste exame foi não detectado para clamídia ou gonococo.
- Prescrição realizada após resultado de exame: 8 pacientes receberam a prescrição de ceftriaxona 500mg, IM, dose única e azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única com resultado do exame detectado apenas para clamídia.
- Prescrição realizada após resultado de exame: 1 paciente recebeu a prescrição de ceftriaxona 500mg, IM, dose única e doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias com exame detectado apenas para gonococo.
- Prescrição realizada após resultado de exame: 1 paciente recebeu a prescrição de ceftriaxona 500mg, IM, dose única com resultado do exame detectado apenas para gonococo.

Gráfico P2 – Percentual de tratamentos padronizados de acordo com a nota técnica do projeto-piloto. Brasil, 2023.



Além da prescrição dos medicamentos, foi analisada a sua disponibilidade nos CTA (**Tabela P16**). Os tratamentos que continham medicamentos de uso oral, azitromicina e doxiciclina (n=95), em sua maioria estavam disponíveis nos serviços e foram entregues para os pacientes (n=90; 94,7%). Houve apenas uma situação na qual não havia disponibilidade do medicamento no CTA e em 4 atendimentos a disponibilidade não foi informada pelo serviço. Para os tratamentos com prescrição de ceftriaxona (n=75), em 80% (n=60) das situações houve a dispensação e aplicação do medicamento no serviço, em 13 atendimentos não havia disponibilidade de ceftriaxona (17,3%) e em 2 situações (2,7%) o paciente fez a aquisição do medicamento e o CTA fez a aplicação.

Tabela P16 – Distribuição percentual da disponibilidade de medicamento para tratamento de IST nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Brasil, 2023.

Medicamento Oral (n=95)	n	%
Entregue no serviço	90	94,70%
Sem disponibilidade	1	1,10%
Não Informado	4	4,20%
Medicamento Injetável (Ceftriaxona n = 75)	n	%
Aplicou no serviço	60	80,00%
Sem disponibilidade	13	17,30%
Aplicou no serviço, mas não tinha disponibilidade	2	2,70%

Considerações finais sobre o projeto-piloto teste rápido molecular CT/NG

Este relatório abrangeu informações de um pouco mais de 2 meses de projeto. Os pontos críticos para a implantação dos testes nos serviços já foram mencionados no início do relatório, mas o pouco período de execução repercutiu nas informações sobre a aplicabilidade e usabilidade dos testes, já que a previsão inicial era a utilização de 6.000 testes durante 6 meses².

Os CTA conseguiram executar os testes com poucas intercorrências, houve poucos relatos de descarte de testes, devido às dificuldades iniciais na execução (coleta, preparo da amostra e uso do equipamento) identificados logo nos primeiros dias de realização do exame. Os profissionais envolvidos no projeto não apresentaram dificuldades na utilização do equipamento GeneXpert® e na leitura do resultado. O treinamento *in loco* da empresa Cepheid® e o contato próximo da equipe de monitoria do projeto Cuida-CTA no esclarecimento de dúvidas e apoio na execução do projeto, asseguraram uma execução e interpretação dos resultados a contento.

Apesar da agilidade na coleta e rapidez na liberação do resultado, proporcionada pela implantação de um *point of care* nos CTA, a capacidade instalada (recursos humanos mobilizado para o projeto-piloto e equipamento GeneXpert® com 4 slots) foi uma condição importante que impactou no número de coletas por dia e a aceitabilidade da equipe assistencial, já que nem sempre era possível a liberação do exame em 90 minutos. Dada a média de 2 sítios anatômicos por pessoa em um período de 4 horas, o número de testes por período foi de no máximo 6 pessoas. Assim, alguns profissionais iniciaram mais engajados, mas dada algumas limitações da capacidade instalada com liberação de resultados de exame num tempo maior que 90 minutos, houve situações de diminuição da adesão da equipe, principalmente nos atendimentos de usuário assintomáticos (PrEP ou PEP por exemplo). Importante destacar que esta avaliação foi obtida com apenas 2 meses de implementação do projeto e as mudanças do processo de trabalho para a incorporação dos testes precisariam de um tempo maior.

A coleta do exame em sua maioria foi realizada no mesmo dia e os resultados foram entregues aos pacientes em menos de 15 dias, assim, esta tecnologia proporcionou facilidade da coleta no momento da visita e maior agilidade na resposta frente ao

² Os testes remanescentes foram doados ao Dathi/SVSA/MS para continuidade da oferta deste serviço no âmbito do SUS.

diagnóstico. Geralmente na rede nacional de testes laboratoriais convencional para detecção molecular de clamídia e gonococo é preconizado o prazo de 15 dias para a liberação do resultado dos exames a partir do recebimento da amostra no laboratório.

A rápida resposta do resultado do teste foi mais relevante nas situações de IST sintomática se comparado às indicações de rastreamento, já que os pacientes assintomáticos muitas vezes não esperavam o resultado no mesmo dia, apesar da disponibilidade da equipe assistencial na liberação do laudo/diagnóstico.

O diagnóstico e o tratamento das infecções por clamídia ou gonococo estão vinculados ao trabalho médico, em todos os CTA participantes não havia protocolo de enfermagem para a prescrição medicamentosa diante de um resultado detectável para os patógenos em questão. Assim, era necessária a adesão da equipe médica para que o tratamento fosse prescrito, esta situação gerou algumas dificuldades para que os médicos aceitassem o uso deste exame na rotina do serviço. O exemplo mais representativo, relatado por um dos CTA, foi a incompatibilidade da agenda médica/carga horária do profissional com o tempo de liberação do resultado. Apesar de o resultado ser liberado no mesmo dia, somente os primeiros pacientes conseguiam obter o resultado em até 90 minutos, ou seja, a maioria dos exames demoravam mais tempo para serem liberados, pois havia uma capacidade instalada do equipamento e número de amostras que impedia a realização do exame em dois pacientes ou mais, caso fosse coletado o quantitativo recomendado de 3 sítios anatômicos. Desta forma, como a carga horária de trabalho do médico geralmente é de 20 horas, muitos atuavam somente em um período de atendimento (manhã ou tarde) e quando o resultado era liberado, o profissional já tinha encerrado suas atividades e o encaixe em um outro dia nem sempre era autorizado pelo profissional, assim o resultado do exame e o tratamento só eram fornecidos no retorno regular/rotineiro do paciente ao serviço. Importante destacar que estas situações eram para os casos de rastreamentos de pessoas assintomáticas, já os casos de IST sintomáticas geralmente recebiam o tratamento no mesmo dia, com apoio da equipe de enfermagem para o encaixe médico de demandas não agendadas na rotina do serviço.

A implantação do teste molecular rápido em um dos CTA participantes impactou positivamente na rede de saúde e linha de cuidado às IST, ao incluir o CTA como mais um ponto de atenção no diagnóstico e tratamento das IST para além dos serviços de Atenção Primária em Saúde do município.

Outro aspecto diz respeito à prescrição medicamentosa pós detecção de clamídia e/ou gonococo, apesar de uma porcentagem pequena de tratamentos não padronizados, alguns CTA apresentaram tratamentos com abordagem sindrômica mesmo diante de resultado etiológico detectado para apenas um patógeno ou prescrição incompleta diante de infecção por gonococo. Reforça-se a necessidade de alinhamento técnico junto à equipe médica (prescritor) para a abordagem etiológica correta das IST e esclarecimentos sobre a especificidade e sensibilidade do teste rápido molecular. A disponibilidade de ceftriaxona também impactou nos desfechos para a interrupção da cadeia de transmissão, uma vez que, quando indicado o uso deste antibiótico, sua disponibilização nos CTA nem sempre era garantida, sendo necessário o deslocamento do paciente para outro serviço de saúde (Rede de urgência e emergência ou Atenção Primária em Saúde) para a aplicação do medicamento ou a sua aquisição pelo próprio paciente.

Não foi possível analisar as especificidades e diferenças entre as duas modalidades desenhadas para o projeto, uma com a implantação de *point of care* específico para o diagnóstico de CT/NG e a outra com a utilização da Rede de Carga Viral Rápida instalada no serviço para se avaliar o compartilhamento do GeneXpert® para todos os agravos na rotina.

O projeto aponta a necessidade de se avançar na abordagem etiológica das IST sintomáticas e implementar o rastreamento nas situações previstas conforme o PCDT. O uso de um *point of care testing* mostrou-se mais útil na abordagem das IST sintomáticas pois, de acordo com os dados apresentados, a agilidade na coleta e resultado garantiu o tratamento etiológico no mesmo dia. Já para as situações de rastreamento sua utilidade residiu na disponibilização de um teste diagnóstico para detecção de clamídia e gonococo no serviço, já que em muitos CTA esta ação ainda não estava implantada, permitindo também uma rápida resposta na interrupção da cadeia de transmissão.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, M.J.; MOHERDAUL, F.; PINTO, V.M.; RIBEIRO, D.; CLEUTON, M.; MIRANDA, A.E. Prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection in men attending STD clinics in Brazil. Rev Soc Bras Med Trop, v.43, n.5, p.500-3, 2010.

ROCHA, D.A.; FILHO, R.A.; MARIÑO, J.M.; DOS SANTOS, C.M. "Hidden" sexually transmitted infections among women in primary care health services, Amazonas, Brazil. Int J STD AIDS, v.25, n.12, p.878-86, 2014.

COOK, R.L.; MAY, S.; HARRISON, L.H.; MOREIRA, R.I.; NESS, R.B.; BATISTA, S.; BASTOS, M. da S., SCHECHTER, M. High prevalence of sexually transmitted diseases in young women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brazil. Sex Transm Dis, v.31, n.1, p. 67-72, 2004.

MIRANDA, A.E.; GASPAR P.C.; SCHÖRNER, M.A., BARAZZETTI, F.H.; DIAS, G.B., BIGOLIN, A.; PASCOM, A.R.P.; BARREIRA D.; BAZZO, M.L. Prevalence of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, and *Mycoplasma genitalium* and risk factors among pregnant women in Brazil: Results from the national molecular diagnosis implementation project. Int J Gynaecol Obstet, v. 166, n.1, p.71-79, 2024.

Projeto piloto da utilização do teste rápido imuno cromatográfico de quarta geração para detecção de anticorpos anti-HIV 1/2 e antígeno p24 (TR Ag/Ac)

Este projeto se propôs a avaliar a aplicabilidade e usabilidade do teste rápido que detecta antígeno e anticorpos (TR Ag/Ac) do HIV na rotina de trabalho, a adesão por parte dos serviços e o impacto da nova estratégia, uma vez que a detecção precoce da infecção pelo HIV oportuniza o início da terapia antiretroviral, reduzindo a carga viral e auxiliando que a queda dos linfócitos T CD4+ não seja muito acentuada e consequente melhora da condição geral do indivíduo, reduzindo a morbimortalidade associada à infecção. Os testes seriam oferecidos à todas as pessoas que procurassem o CTA por demanda de testagem para a infecção por HIV. O projeto foi orientado pela Nota Técnica nº141/2023-CGAHV/Dathi/SVSA/MS (anexo 6) e com registro de informações em questionário padronizado (anexo 7).

A escolha dos CTA participantes baseou-se no número de testagens que cada serviço realizava, portanto, os CTA indicados possuíam os maiores quantitativos dentre os 14 serviços da fase de reestruturação. A indicação dos CTA foi realizada pela área de diagnóstico do Dathi/SVSA/MS:

- Bahia: Salvador - Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP1)
- Goiás: Goiânia - Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT)
- Minas Gerais: Uberlândia - Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza
- Pará: Belém - CTA Belém

As etapas de execução do projeto foram:

Atividades	Jul/23	Ago/23	Set/23	Out/23	Nov/23	Dez/23
Elaboração da nota técnica que orientou o projeto piloto – Nota Técnica nº 141/2023-CGAHV/Dathi/SVSA/MS						
Reunião “kick-off” com os CTA, Dathi/MS e equipe Cuida-CTA /Einstein						
Elaboração das fichas de registro do projeto piloto na plataforma REDCap						
Solicitação interna para aquisição dos testes rápidos de 4º geração e insumos						
Treinamento das equipes para o uso do teste de 4º geração, protocolo de realização das testagens e fluxograma, uso da plataforma REDCap e registro dos atendimentos em fichas específicas						
Envio dos insumos complementares para realização dos testes rápidos – lanceta e swab de álcool						
Recebimento dos testes no Hospital Israelita Albert Einstein						
Recebimento dos novos testes, pois o enviado anteriormente não foi o comprado (DETERMINE™ HIV EARLY DETECT Abbott®)						

Utilização dos testes rápidos moleculares nos CTA						
---	--	--	--	--	--	--

O projeto piloto de utilização do teste rápido imuno cromatográfico de quarta geração para detecção de anticorpos anti-HIV 1/2 e antígeno p24 do HIV-1 apresentou alguns pontos críticos para o cumprimento do cronograma desenhado inicialmente, uma vez que foi previsto que os CTA começassem o uso dos testes em agosto/2023. Desta forma, houve necessidade de readequação e repactuação dos prazos que atendessem ao plano de trabalho.

Os CTA iniciaram a realização dos testes a partir de 23/10/2023, alguns dias após a chegada dos exames e insumos nos serviços. Cada CTA recebeu 1.200 testes DETERMINE™ HIV EARLY DETECT Abbott®, totalizando 4.800 exames. O consumo dos testes por serviço está descrito na tabela abaixo, tendo como referência o último mês do triênio:

Tabela P17 – Dispensação e consumo de testes rápido imuno cromatográfico de quarta geração por CTA participante. Brasil, 2023.

CTA	Quantitativo recebido	Nº de testes inválidos /perdidos	Nº de testes utilizados	SALDO
CTA Belém	1200	0	186	1014
CRDT/CTA Goiânia	1200	3	854	343
CEDAP-Salvador	1200	0	419	781
SAE/CTA Uberlândia	1200	0	546	654
TOTAL	4800	3	2005	2795

Durante a vigência do projeto-piloto, a equipe Cuida-CTA/Einstein manteve contato frequente com os CTA para acompanhamento do desenvolvimento do projeto, monitorando o quantitativo de testes usados (semanalmente), o registro das informações na plataforma REDCap, esclarecimento de dúvidas e apoio em qualquer dificuldade informada pelo serviço.

Resultados do projeto-piloto:

De acordo com o perfil de pessoas testadas nos CTA, identificou-se uma população de adultos jovens (18 a 29 anos), seguida da faixa etária de 30-39 anos (n= 686; 31,4%) e da faixa de 40-49 anos (n=267; 12,2%), as pessoas com 50 anos ou mais representaram 7,3% dos participantes (n=159). A média de idade foi de 32 anos com desvio padrão 12 anos (**Tabela P18**).

A maioria das pessoas autodeclararam sua raça/cor como pretos/pardos (n= 1467; 67%), os brancos representaram 31,7% (n= 693), indígenas e amarelos com pouco mais de 1% (n=6; 0,3% e n=22; 1% respectivamente) (**Tabela P18**).

Com relação à escolaridade, 8,9% (n=194) informaram o ensino fundamental ou menos, destes. As pessoas com ensino médio completo ou incompleto representaram 37,4% (n=818) da amostra. A maioria dos participantes possuía o ensino superior completo ou incompleto (n=1142; 52,2%) (**Tabela P18**).

A maioria dos participantes se identificou como cisgênero (n=2128; 97,3%), sendo a maior porcentagem de homens cis (n=1694; 77,4%) e mulheres cis (n=434; 19,8%). As pessoas transgênero representaram 2,1% (n=46), sendo 1,7% de mulheres trans/travesti (n=37) e nove homens trans (0,4%), nove pessoas se identificaram como não binários (0,4%) (**Tabela P18**).

Referente à orientação sexual, pouco menos da metade informou ser homossexual (n=1016; 46,4%), 39,4% eram heterossexuais (n=861). Outras orientações sexuais mencionadas foram bissexuais (n=257; 11,7%), pansexuais (n=15; 0,7%), assexuais (n=2; 0,1%) e 36 pessoas (1,6%) não sabiam ou preferiram não declarar (**Tabela P18**).

Dentre os participantes foi pesquisado o pertencimento a algumas populações específicas (chaves, prioritárias e vulnerabilizadas) e o grupo mais mencionado foi o de pessoas que usavam álcool e outras drogas (n=528; 24,1%) e trabalhadores(as) do sexo (n=48; 2,2%). As pessoas em situação de rua representaram 0,2% (n=5), 0,1% (n=2) eram pessoas privadas de liberdade, 0,3% pessoas do campo e floresta (n=6), 0,4% eram trabalhadores rurais (n=8). Apenas um indígena aldeado e nove gestantes compuseram a amostra dos participantes (**Tabela P18**).

Quando se analisou o número de parcerias sexuais nos últimos seis meses, identificou-se uma média de 8 e uma mediana de 2,5 parcerias.

Tabela P18– Distribuição percentual dos participantes do projeto (n=2188), segundo idade, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, orientação sexual e populações específicas. Brasil, 2023.

Faixa etária (n=2188)	n	%
<18	40	1,80%
18-29	1032	47,20%
30-39	686	31,40%
40-49	267	12,20%
50-59	116	5,30%
60-69	34	1,60%
70-79	9	0,40%
Não informado	4	0,20%
Raça/cor autodeclarada (n=2188)	n	%
Amarela	22	1,00%
Branca	693	31,70%
Indígena	6	0,30%
Preta/Parda	1467	67,00%
Escolaridade (n=2188)	n	%
Ensino fundamental completo ou menos	194	8,90%
Ensino médio completo ou incompleto	818	37,40%
Ensino superior completo ou incompleto	1142	52,20%
Não informado	34	1,60%
Identidade de Gênero (n=2188)	n	%
Homem Cis	1694	77,40%
Homem transexual	9	0,40%
Mulher Cis	434	19,80%
Mulher transexual/Travesti	37	1,70%
Não binário	9	0,40%

Outra	5	0,20%
Sexo ao nascimento (n=2188)	n	%
Feminino	445	20%
Masculino	1743	80%
Orientação Sexual (n=2188)	n	%
Assexual	2	0,10%
Bissexual	257	11,70%
Heterossexual	861	39,40%
Homossexual/Gay/Lésbica	1016	46,40%
Não sabe ou prefere não declarar	36	1,60%
Outros	1	0,00%
Pansexual	15	0,70%
Pertence a uma destas populações? (n=2188)	n	%
Pessoas que usam álcool e outras drogas	528	24,10%
Trabalhadores do sexo	48	2,20%
Em situação de rua	5	0,20%
Privados de liberdade	2	0,10%
Indígenas aldeados	1	0,00%
População do campo e floresta	6	0,30%
Trabalho rural	8	0,40%
Não pertence a nenhuma das populações listadas	1616	73,90%
Está gestante? (n=2188)	n	%
Não	436	98,00%
Sim	9	2,00%
Não se aplica	1743	

De acordo com as orientações da nota técnica que instruiu o projeto, o uso do TR 4º geração deveria ser ofertado a todas as pessoas que procurassem o CTA com demanda para testagem de HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Assim foram identificadas algumas situações que motivaram as pessoas a procurarem o serviço para realização de teste diagnóstico para HIV. A maioria dos participantes referiram busca espontânea após exposição de risco (n=1298; 59,3%), seguido de pessoas em seguimento de profilaxia pré-exposição (PrEP) (n=530; 24,2%). 6,6% dos participantes foram testados a partir de um caso índice (n=144; 6,6%), 3,4% (n=75) estavam relacionadas ao início da PrEP, 3,2% (n=70) para o início da profilaxia pós-exposição (PEP), 1,6% (n=35) foi devido a busca por teste após exposição de risco com parceria sabidamente HIV positiva, 1,3% para as pessoas em seguimento de PEP. Menos 1% dos participantes referiram testagem a partir de caso índice com autoteste reagente para HIV e testagem de parcerias de pessoas em PrEP (**Tabela P19**).

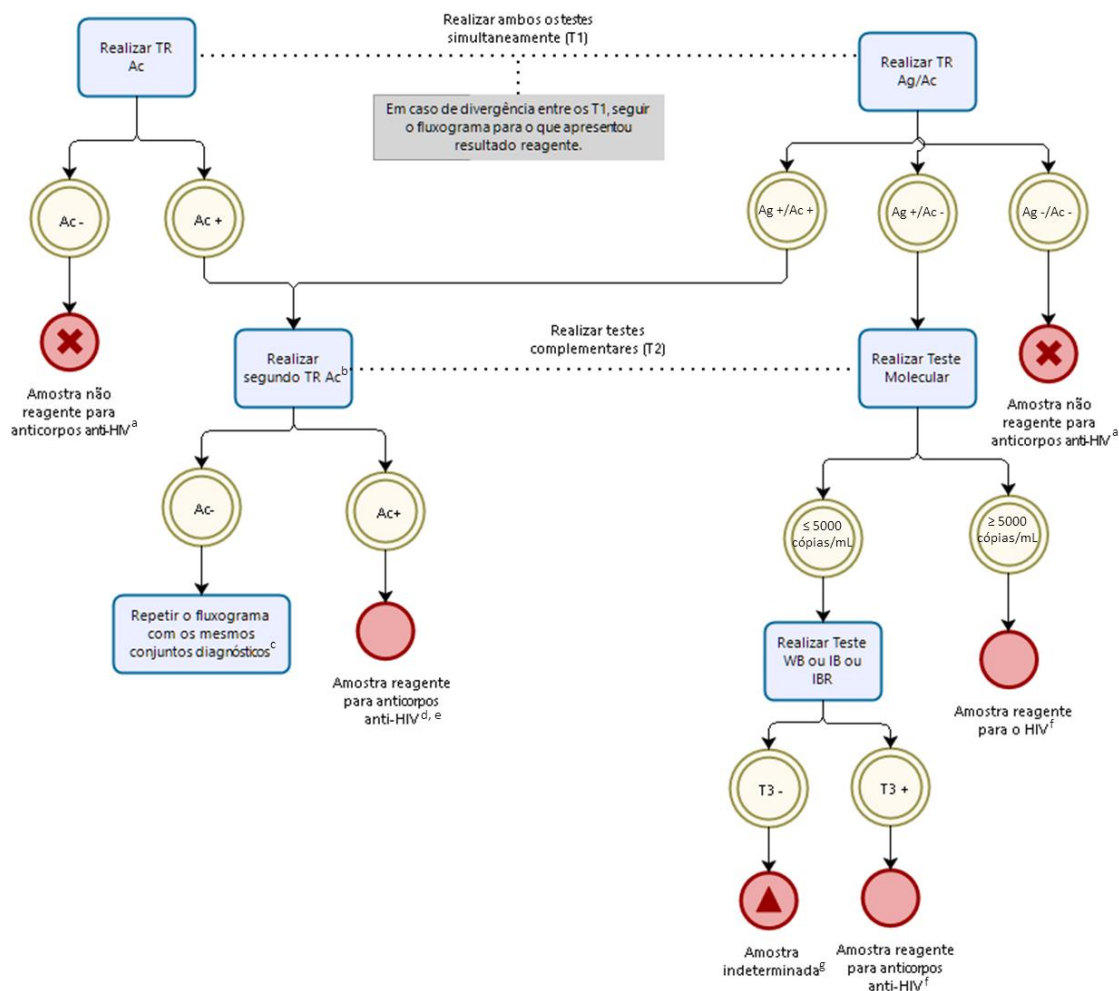
Tabela P19– Distribuição percentual dos participantes, segundo motivos para a realização de teste rápido para HIV. Brasil, 2023.

Motivo da testagem (n=2188)	n	%
Busca espontânea após exposição de risco	1298	59,30%
Seguimento de PrEP	530	24,20%
Testagem a partir de um caso índice	144	6,60%
Início de PrEP	75	3,40%
Início de PEP	70	3,20%
Busca espontânea após exposição de risco com parceria PVHA	35	1,60%
Seguimento de PEP	29	1,30%
Testagem a partir de um caso índice: após autoteste de HIV reagente	4	0,20%
Testagem de parceria de pessoas em PrEP	2	0,10%
Testagem após autoteste de HIV	1	0,00%
Tipo de exposição (n=1298)	n	%
Acidente perfurocortante	10	1,00%
Relação sexual com rompimento de preservativo	38	3,00%
Relação sexual desprotegida	1235	95,00%
Violência sexual	14	1,00%
Não informado	1	0,00%
Tempo decorrido da exposição (n=1298)	n	%
Entre as últimas 72h	252	19,40%
Maior que 72h até 15 dias	367	28,30%
Maior que 15 dias até 30 dias	274	21,10%
2 meses	151	11,60%
3 meses ou mais	254	19,60%

Ao se detalhar as exposições de risco, identificou-se que, quase a totalidade dos casos (98%) estava relacionada à relação sexual desprotegida (n=1235; 95%) ou relação sexual com rompimento de preservativo (n=38; 3%). Outras duas situações foram mencionadas: violência sexual (n=14; 1%) e acidente perfurocortante (n=10; 1%) – **Tabela P19**. Com relação ao tempo da exposição de risco, 19,3% (n=252) informaram exposição nas últimas 72 horas, 28,3% (n= 367) entre 72h até 15 dias, 21,1% (n=274) entre 15 dias até 1 mês, 11,6% (n=151) em torno de 2 meses e 19,6% (n=254) com tempo de exposição superior a 3 meses (**Tabela P19**).

Resultado dos testes rápidos de HIV:

O projeto organizou a testagem para detecção de infecção pelo HIV segundo o fluxograma abaixo:



Fonte: BRASIL, 2023.

A utilização do fluxograma de dois testes rápido de anticorpo (TR Ac) realizados em sequência com amostra de sangue, sendo o segundo teste de anticorpo com antígenos diferentes do primeiro teste se o 1º teste for reagente apresentou o seguinte resultado (Tabela P20):

- 95,93% (n=2099) apresentaram TR1 Ac não reagente para infecção pelo HIV
- 3,93% (n=86) apresentaram TR1 Ac e TR2 Ac reagente para infecção pelo HIV
- 0,14% (n=3) apresentaram resultado discordante entre o TR1 Ac e TR2 Ac. Neste caso, a justificativa aponta para a inserção de dados da primeira discordância do fluxograma, sem o registro da repetição dos testes rápidos ou mesmo erro de digitação, já que todos estes casos apresentaram o diagnóstico final como amostra reagente para HIV. Até o fechamento do relatório o CTA não havia retornado os questionamentos destas informações.

Tabela P20 – Distribuição percentual dos participantes (n=2188), segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente. Brasil, 2023.

TR1 Ac	TR2 Ac	n	%
Não Reagente	NE	2099	95,93%
Reagente	Reagente	86	3,93%
Reagente	Não Reagente	3	0,14%
	Total	2188	100%

NE: Não executado

O uso do teste rápido de antígeno e anticorpo (TR Ag/Ac) foi a tecnologia avaliada no projeto piloto e ainda não consta no manual técnico para o diagnóstico de infecção pelo HIV (Brasil, 2018). Assim, a orientação para sua utilização foi a realização do TR Ag/Ac como 1º teste e, diante de resultado reagente para anticorpo, haveria a necessidade de se usar outro teste rápido em sequência, no caso um TR somente de anticorpo (TR Ac). Os resultados são descritos a seguir (**Tabela P21**):

- 96,07% (n=2102) apresentaram resultado não reagente para antígeno e anticorpo
- 1,87% (n=41) apresentou resultado reagente somente para anticorpo
- 1,97% (n=43) apresentou resultado reagente para antígeno e para anticorpo
- 0,09% (n=2) apresentou resultado apenas para antígeno.

Tabela P21 - Distribuição percentual dos participantes (n=2188), segundo resultado do teste rápido de anticorpos e anticorpo. Brasil, 2023.

TR de 4ª geração	n	%
Não reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2102	96,07%
Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo ¹	41	1,87%
Reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2	0,09%
Reagente Antígeno e reagente Anticorpo ¹	43	1,97%
Total	2188	100%

(1) TR1 Ac e TR2 Ac reagente e por isso não foi necessária a realização do TR2 Ac após TR Ag/Ac reagente.

Quando se analisou a combinação dos TR Ac em sequência com o TR Ag/Ac, os resultados foram (**Tabela P21**):

- Resultados concordantes (99,68%; n=2181):
 - 95,93% (n=2099) apresentaram resultados concordantes não reagente para o TR Ac e TR Ag/Ac
 - 3,75% (n=82) apresentaram resultados concordantes reagente para o TR Ac e reagente para anticorpo no TR Ag/Ac. Destes, 1,97% (n=43) apresentou TR Ac reagente e no TR Ag/Ac reagente para antígeno e para anticorpo.
- Resultados discordantes (0,32%; n=7):
 - 0,09% (n=2) apresentou resultado discordante, com TR Ac reagente em ambos os testes em sequência e o TR Ag/Ac não reagente para antígeno e não reagente para anticorpo.

- 0,09% (n=2) apresentou resultado discordante, com TR Ac reagente em ambos os testes em sequência e o TR Ag/Ac reagente para antígeno e não reagente para anticorpo.
- 3 situações apresentaram discordância entre os testes rápidos de anticorpo realizados em sequência, com as explicações já apontadas anteriormente. Dentre estas situações, identificou-se um caso com o TR Ag/Ac não reagente para antígeno e para anticorpo e dois casos com o TR Ag/Ac não reagente para antígeno e reagente para anticorpo.

Tabela P22 - Distribuição percentual dos participantes (n=2188), segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente e resultado do teste rápido antígeno e anticorpo. Brasil, 2023.

TR1 Ac	TR2 Ac	TR de 4ª geração	n	%
Não reagente	NE	Não reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2099	95,93%
Reagente	Não reagente	Não reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	1	0,05%
Reagente	Não reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	2	0,09%
Reagente	Reagente	Não reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2	0,09%
Reagente	Reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	39	1,78%
Reagente	Reagente	Reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2	0,09%
Reagente	Reagente	Reagente Antígeno e reagente Anticorpo	43	1,97%
Total			2188	100%

NE: Não executado

A solicitação da carga viral do HIV estava condicionada à elucidação diagnóstica diante do teste rápido Ag/Ac reagente apenas para antígeno. Os resultados do projeto demonstraram uma parcela pequena de solicitação da carga viral (0,55%; n=12). Entretanto, em sua maioria (0,50%; n=11), a carga viral foi utilizada não para elucidação diagnóstica e sim para o acompanhamento pós resultado com amostra reagente para HIV. Houve um caso de registro de carga viral diante de TR Ac e TR Ag/Ac não reagente, neste caso é possível que tenha havido erro de digitação, mas o CTA em questão não havia retornado aos questionamentos durante o período vigente do projeto (**Tabela P23**).

Tabela P23 - Distribuição percentual dos participantes, segundo resultado dos testes rápidos de anticorpos realizados sequencialmente, resultado do teste rápido antígeno e anticorpo e solicitação de teste complementar - carga viral HIV. Brasil, 2023.

TR1 Ac	TR2 Ac	4ª Geração	Carga Viral HIV	n	%
Não reagente	NE	Não reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	Não detectável ou < 5.000 cópias/mL	1	0,05%
Reagente	Reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	Detectável ≥ 5.000 cópias/mL	7	0,32%
Reagente	Reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	Não detectável ou < 5.000 cópias/mL	1	0,05%
Reagente	Reagente	Reagente Antígeno e reagente Anticorpo	Detectável ≥ 5.000 cópias/mL	3	1,40%

NE: Não executado

A solicitação de Western blot/imunoblot/imunoblot rápido foi identificada em apenas uma situação, mas não estava alinhada ao protocolo do projeto pois este exame seria utilizado quando a carga viral fosse menor igual a 5.000 cópias/mL.

Analisou-se o resultado do algoritmo diagnóstico com os resultados dos diversos testes rápidos utilizados (**Tabela P24**). De um total de 2188 pessoas testadas, o algoritmo diagnóstico classificado como amostra reagente para HIV foi de 4,06% (n=89). Destes, identificou-se que 50% (n=43) se apresentaram reagentes nos testes rápidos de anticorpos e reagentes para antígeno e anticorpo no teste rápido de 4º geração, 45,3% (n=39) possuíam TR1 e TR2 Ac reagentes com TR Ag/Ac reagente apenas para anticorpo. Uma situação que merece destaque foi de dois casos que se apresentaram reagentes para os testes rápidos de anticorpos, mas o teste rápido de 4º geração foi reagente apenas para antígeno. A última situação apontada na **Tabela P23** (TR1 Ac reagente, TR2 não reagente e TR Ag/Ac reagente apenas para anticorpo) já foi explicada anteriormente. Não houve amostras classificadas como indeterminadas.

Tabela P24– Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV (n=86^a), segundo testes rápidos de anticorpos e teste rápido de 4º geração utilizados. Brasil, 2023.

TR1 Ac	TR2 Ac	4ª Geração	n	%
Reagente	Reagente	Reagente Antígeno e reagente Anticorpo	43	50,00%
Reagente	Reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	39	45,30%
Reagente	Reagente	Reagente Antígeno e não reagente Anticorpo	2	2,30%
Reagente	Não reagente	Não reagente Antígeno e reagente Anticorpo	2	2,30%

(a) 3 indivíduos apresentaram resultado reagente, mas os registros dos exames não foram corrigidos pelos CTA até o fechamento das análises.

Caracterização do perfil da amostra com resultado reagente para HIV:

Por meio das fichas de registro foi possível fazer uma breve caracterização das pessoas que procuraram os CTA para conhecer seu status sorológico (**Tabela P25**).

Com relação à raça/cor, a maioria das amostras reagentes para HIV eram de pessoas pretas/pardas (85,4%; n=76), seguida da branca (13,5%; n=12), 1,1% (n=1) era da amarela e nenhum caso entre pessoas indígenas. De acordo com a identidade de gênero, os homens cis corresponderam a 83,1% (n=74) dos testes reagentes para HIV, as mulheres cis representaram 10,1% (n=9) e as mulheres trans/travesti 4,5% (n=4). Referente à orientação sexual, 66,3% (n=59) das pessoas eram homossexuais/gays/lésbicas, 21,3% (n=19) eram heterossexuais e 12,4% (n=11) eram bissexuais. Na análise da escolaridade, um pouco mais da metade (58,4%; n=52) possuíam o ensino médio, 24,7% (n=22) ensino superior e 15,7% (n=14) informaram ensino fundamental. Dentre algumas populações vulnerabilizadas identificou-se que 24,7% (n=22) faziam uso de álcool e outras drogas e 1,1% (n=1) mencionou ser trabalhador(a) do sexo. Todos os dados foram estatisticamente significativos (p<0,001), com exceção da análise das populações específicas.

Tabela P25 - Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV (n=89), segundo raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, escolaridade e populações específicas. Brasil, 2023.

Raça/cor¹ (n=89)	n	%
Amarela	1	1,10%
Branca	12	13,50%
Indígena	0	0,00%
Preta/Parda	76	85,40%
Identidade de gênero² (n=89)	n	%
Homem Cis	74	83,10%
Mulher Cis	9	10,10%
Mulher transexual/Travesti	4	4,50%
Outra	2	2,20%
Orientação sexual³ (n=89)	n	%
Bissexual	11	12,40%
Heterossexual	19	21,30%
Homossexual/Gay/Lésbica	59	66,30%
Escolaridade⁴ (n=89)	n	%
Ensino fundamental completo ou menos	14	15,70%
Ensino médio completo ou incompleto	52	58,40%
Ensino superior completo ou incompleto	22	24,70%
Não Informado	1	1,10%
População específica⁵ (n=89)	n	%
Não pertence a nenhuma das populações listadas	66	74,20%
Pessoas que usam álcool e outras drogas	22	24,70%
Trabalhadores do sexo	1	1,10%
HSH⁶ (n=89)	n	%
Sim	63	5,30%
Não ⁷	11	2,20%

(1) Teste Exato de Fisher: p-valor 0.0008003; (2) Teste Exato de Fisher: p-valor 0.003047; (3) Qui-Quadrado: p-valor < 0.001; (4) Qui-Quadrado: p-valor < 0.001; (5) Teste Exato de Fisher: p-valor 0,98; (6) Qui-Quadrado: p-valor 0.007; (7) Homem cisgênero heterossexual.

Os motivos de testagem com as maiores porcentagens de amostras reagentes para HIV foram (**Tabela P26**): busca espontânea de testagem após exposição de risco (79,8%; n=71) devido a relação sexual desprotegida/rompimento do preservativo, testagem a partir de um caso índice: estimulada pelo caso índice ou serviço/profissional de saúde (10,1%; n=9), testagem a partir de um caso índice: estimulada pelo caso índice ou serviço/profissional de saúde (10,1%; n=9), busca espontânea de testagem após exposição de risco com parceria sabidamente HIV+ (5,6%; n=5), testagem a partir de um caso índice após autoteste de HIV reagente (2,2%; n=2), testagem após autoteste de HIV (1,1%; n=1) e seguimento de PrEP (1,1%; n=1). Importante ressaltar que vários motivos de testagem que resultaram em amostras reagentes para HIV estavam relacionados às estratégias de testagem focalizada/*index-testing* (BRASIL, s.d.), reforçando a importância dos serviços na implementação de ações sob esta perspectiva.

Tabela P26– Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico reagente para HIV (n=89), segundo os motivos de testagem. Brasil, 2023.

Motivo da testagem (n=89)	Reagente para HIV	
	n	%
Busca espontânea de testagem após exposição de risco	71	79,80%
Busca espontânea de testagem após exposição de risco (parceria sabidamente HIV+)	5	5,60%
Início de PEP	0	0,00%
Início de PrEP	0	0,00%
Seguimento de PEP	0	0,00%
Seguimento de PrEP	1	1,10%
Testagem a partir de um caso índice: após autoteste de HIV reagente	2	2,20%
Testagem a partir de um caso índice: estimulada pelo caso índice ou serviço/profissional de saúde	9	10,10%
Testagem de parceria de pessoas em PrEP	0	0,00%
Testagem após autoteste de HIV	1	1,10%
Tipologia da exposição de risco (n=71)	n	%
Acidente perfurocortante	0	0,00%
Relação sexual com rompimento de preservativo	1	1,40%
Relação sexual desprotegida	70	98,60%
Violência sexual	0	0,00%

Na análise do percentual de amostras reagentes para HIV por CTA (**Tabela P27**), observou-se que o serviço localizado em Salvador foi o que apresentou o maior valor (11%; n=36) se comparado aos outros, seguido de Goiânia (4%; n=37). O CTA de Belém e Uberlândia apresentaram o mesmo valor, com 2% cada um.

Tabela P27– Distribuição percentual dos resultados do algoritmo diagnóstico nos Centro de Testagem e Aconselhamento participantes. Brasil, 2023.

Nome do CTA participante	Conclusão do algoritmo diagnóstico			
	Reagente para HIV		Não reagente para HIV	
	n	%	n	%
CEDAP-Salvador	36	11%	302	89%
CRDT/CTA Goiânia	37	4%	877	96%
CTA Belém	5	2%	310	98%
SAE/CTA Uberlândia	11	2%	610	98%

As características sociodemográficas encontradas no resultado do algoritmo diagnóstico como amostra reagente para HIV do projeto piloto são semelhantes às características das notificações do Sinan nos respectivos municípios participantes: maior proporção de homens, pessoas que se autodeclaram como pretos/pardos (Uberlândia foi a exceção com predominância de brancos) e com ensino médio. Os homens que fazem sexo com homens também se apresentam como a categoria de exposição hierarquizada com maiores porcentagens (**Tabelas P24, P27, P28 e P29**).

Tabela P28 - Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, no ano de 2022. Brasil, 2022.

Taxa de Detecção	Municípios			
	Salvador	Goiânia	Belém	Uberlândia
	2022	2022	2022	2022
Geral	29,9	27,4	58,4	17,4
Homens	48,9	46,3	90,5	27,3
Mulheres	13,8	10,4	30	8,1
Menores de 5 anos	1,6	-	2,8	-
Entre 15 e 24 anos	30,9	28,9	52,6	9,6

Fonte: FONTE: MS/SVSA/Dathi (<https://indicadores.aids.gov.br/>)

Tabela P29 - Distribuição Percentual dos casos de aids notificados no Sinan, segundo raça/cor no ano de 2022. Brasil, 2022.

Raça/cor	Municípios			
	Salvador	Goiânia	Belém	Uberlândia
	2022	2022	2022	2022
Branca	7	19,1	9,8	51,1
Preta	30,7	5,1	8,4	23,4
Amarela	1	0,6	-	-
Parda	46,9	70,8	72	14,9
Indígena	-	-	1,4	-
Ignorada	14,5	4,5	8,4	10,6

Fonte: FONTE: MS/SVSA/Dathi (<https://indicadores.aids.gov.br/>)

Tabela P30 - Distribuição Percentual dos casos de aids notificados no Sinan, segundo nível de aprendizado adquirido no ano de 2022. Brasil, 2022.

Escolaridade	Municípios			
	Salvador	Goiânia	Belém	Uberlândia
	2022	2022	2022	2022
Analfabeto	1	0,6	0,9	2,1
Fundamental Incompleto	10,6	11,8	12,6	12,8
Fundamental completo	9,1	9,6	14	8,5
Médio completo	24,2	34,3	24,8	27,7
Superior completo	6,2	16,9	13,1	17
Ignorado ou não se aplica	48,9	27	34,6	31,9

Fonte: FONTE: MS/SVSA/Dathi (<https://indicadores.aids.gov.br/>)

Considerações finais sobre o projeto-piloto com uso de TR 4º geração

Este relatório abrangeu informações de um pouco mais de 2 meses de projeto. Os pontos críticos para a implantação dos testes nos serviços já foram mencionados no início do relatório, mas o pouco período de execução repercutiu nas informações sobre a

aplicabilidade e usabilidade dos testes, já que a previsão inicial era a utilização de 4.800 testes em até 6 meses³.

Os CTA conseguiram executar os testes com poucas intercorrências, houve poucos relatos de descarte de testes, devido às dificuldades iniciais na execução (identificados logo nos primeiros dias de realização do exame). A incorporação das testagens foi heterogênea nos serviços participantes: Belém e Salvador, serviços localizados em cidades de grande porte e com número de testagens elevado, não conseguiram um bom desempenho, esbarrando em dificuldades na mobilização de recursos humanos (quantitativo e aceitação) para a execução dos testes. O CRDT de Goiânia e o CTA de Uberlândia conseguiram incorporar o fluxograma de testagem proposto pelo projeto na rotina do trabalho. Importante ressaltar que na vigência do projeto, o CRDT modificou a realização dos testes com a substituição da técnica de punção venosa pela punção capilar, algo já abordado durante a reestruturação do serviço, mas que foi catalisada pela participação no projeto-piloto.

O formulário elaborado para o registro gerou algumas dúvidas, com fichas preenchidas com informações incompatíveis e que foram corrigidas com o contato da equipe de monitoria, com exceção de 3 registros que não foram modificados até a data de fechamento das análises. Não houve nenhuma situação com a presença apenas do antígeno p24 e, desta forma, não foi possível avaliar a agilidade de resposta regional para a solicitação e liberação do resultado de carga viral de HIV. Como apresentado nos resultados do projeto, a utilização/solicitação de carga viral esteve associada ao confirmatório após amostra reagente para anticorpos nos testes rápidos.

Desta forma, a triagem com teste rápido de 4º geração não detectou casos com infecção recente pelo HIV, talvez pela insuficiência de estratégias utilizadas pelos CTA na busca de populações mais suscetíveis, como o *index-testing*. Ainda assim, o TR Ac/Ag tem sua utilidade em situações na qual o resultado não reagente traz maior confiabilidade/segurança devido à redução da janela diagnóstica, como na profilaxia pré-exposição.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Técnica nº 141/2023-CGAHV/Dathi/SVSA/MS. SEI/MS, 2023.

³ Os testes remanescentes foram doados ao Ministério da Saúde para continuidade da oferta deste serviço no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia Rápido de Testagem Focalizada para o HIV. Brasília: Ministério da Saúde, s.d.

BRASIL. Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico de HIV [internet]. [acesso em 05 janeiro 2024]. Disponível em:< <https://indicadoresclinicos.aids.gov.br/>>

AVALIAÇÃO DE IMPACTO



AVALIAÇÃO DE IMPACTO

A avaliação de políticas públicas passa pela estruturação de uma Teoria da Mudança (TdM) em que se definem os parâmetros a serem avaliados. A TdM é uma estrutura lógica que delineia políticas ou intervenções em cinco elementos: insumos, atividades, produtos, resultados iniciais e finais (impacto). Esse modelo visualiza o uso de insumos para realizar atividades, gerando produtos que, por sua vez, são destinados a causar impactos de longo prazo. Ao aplicar a TdM, é possível simplificar e esclarecer o funcionamento do projeto CTA. No contexto da tomada de decisões baseada em evidências e avaliação de impacto, o uso da TdM oferece uma compreensão clara dos resultados e impactos a serem investigados (METRICS, 2020; GERTLER, 2018). Para criar a diagrama da TdM, foi utilizado o *software* Vision do Microsoft.

Metodologia da avaliação de impacto

Trata-se de estudo transversal repetido durante o triênio de 2021 a 2023. Os dados para calcular os indicadores de efetividade e equidade foram avaliados a partir do questionário enviado aos CTA em dois momentos do triênio. O impacto do projeto foi medido por meio de análises estatísticas que verificaram se houve mudanças significativas em indicadores de efetividade e equidade. Para essa avaliação, foi utilizado o método quase-experimental de Diferenças em Diferenças (DiD).

A seleção dos CTA que passaram pela reestruturação atendia os seguintes critérios: localizado em um município com 50 mil habitantes ou mais, 30 atendimentos por dia no mínimo, ao menos 3 salas de atendimento, presença de enfermeiro em sua estrutura organizacional e obrigatoriedade de oferta de testes para a detecção de HIV, hepatites virais e sífilis. Após análises das respostas do primeiro questionário, foram selecionados 14 CTA para a fase de reestruturação. O grupo controle para avaliação seria para os 62 CTA que estavam na lista dos 76 e que não passaram pela intervenção. Neste grupo controle, foram realizados alguns exercícios de pareamento uma vez que os responsáveis pelo projeto conseguissem priorizar quais dos 62 CTA são mais semelhantes aos tratados.

Os dados dos questionários foram coletados em dois momentos: antes da reestruturação (julho a dezembro de 2021) e no momento final da reestruturação (outubro a dezembro de 2023). Todos os 14 CTA reestruturados responderam ao segundo questionário e, dos 62 possíveis controles, 21 responderam.

O método de pareamento, utilizado para seleção dos controles mais semelhantes, se refere ao processo unir indivíduos ou observações com características semelhantes em grupos ou pares. O método garante que os grupos comparados sejam semelhantes em todos os aspectos, exceto na variável de interesse. O pareamento contribui para redução da variabilidade entre os grupos, que fortalece a validade das comparações e proporciona resultados mais confiáveis em análises estatísticas (PINTO, 2017). Foram aplicados 4 exercícios de pareamento, considerando características físicas e de produção.

A metodologia DiD parte da hipótese de que os dois grupos de CTA (reestruturados e controles) possuem a mesma tendência das variáveis analisadas antes da intervenção, mesmo que haja diferença entre as variáveis de interesse entre os dois grupos. Existe, assim, evidências para mensuração do impacto nos CTA que passaram pela reestruturação

Seu desenho consiste em uma abordagem estatística utilizada para avaliar o impacto causal da intervenção ao longo do tempo. Para aplicar o método de DiD e observar se houve impacto no projeto CTA a partir dos dados coletados, será utilizado um modelo de regressão linear simples para estimar o efeito causal do tratamento. A equação a ser estimada está expressa da seguinte forma:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 \cdot Reestruturado_i + \beta_2 \cdot Pós_t + \beta_3 \cdot (Reestruturado_i \times Pós_t) + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Em que, Y_{it} : Variável dependente de interesse (indicadores de impacto) no período t para a unidade i ; $Reestruturado_i$: Variável binária indicando se a unidade i foi reestruturado (1 para Reestruturado, 0 para Controle); $Pós_t$: Variável binária indicando se o período é após a implementação da reestruturação (1 para pós-tratamento, 0 para pré-tratamento); $Reestruturado_i \times Pós_t$: A interação entre a variável tratado e pós-tratamento, que captura o efeito causal do tratamento ao longo do tempo; β_0 : Intercepto do modelo; β_1 : Estimativa do efeito médio do tratamento no grupo de controle no período pré-tratamento; β_2 : Estimativa do efeito médio do tempo (após vs. antes do tratamento) no grupo de controle; β_3 : Estimativa do efeito causal do tratamento ao comparar as mudanças médias entre o grupo tratado e o grupo de controle ao longo do tempo. O efeito causal do tratamento será identificado pela comparação das mudanças médias na variável de interesse entre o grupo tratado e o grupo de controle ao longo do tempo. Especificamente, o coeficiente β_3 captura essa diferença na mudança média entre os grupos e é o parâmetro de interesse para determinar o impacto causal do tratamento (WOOLDRIDGE, 2022; FOGUEL, 2017).

A reestruturação do CTA procurou fazer com que os estabelecimentos performarem com excelência no processo de testagem e de parcerias e ações intersetoriais. Dado objetivo, foram estabelecidos 10 indicadores que captariam essa performance. São eles: equidade, presença de educadores pares/agentes, atividades extramuro, oferta de profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP), testagem e diagnóstico, ampliação dos serviços, índice de vinculação, parcerias intersetoriais, autoteste e capacidade de atendimento. Além destes indicadores, o projeto sinalizou que os CTA reestruturados tiveram também modificações nas atividades de educação permanente, nos tipos de ações de prevenção, no público-alvo dessas ações (equidade) e nas ações que os CTA realizam para tuberculose. Os indicadores e as variáveis que os compõem estão na Figura A1.

Figura A1: Indicadores de avaliação do impacto da reestruturação dos CTA.



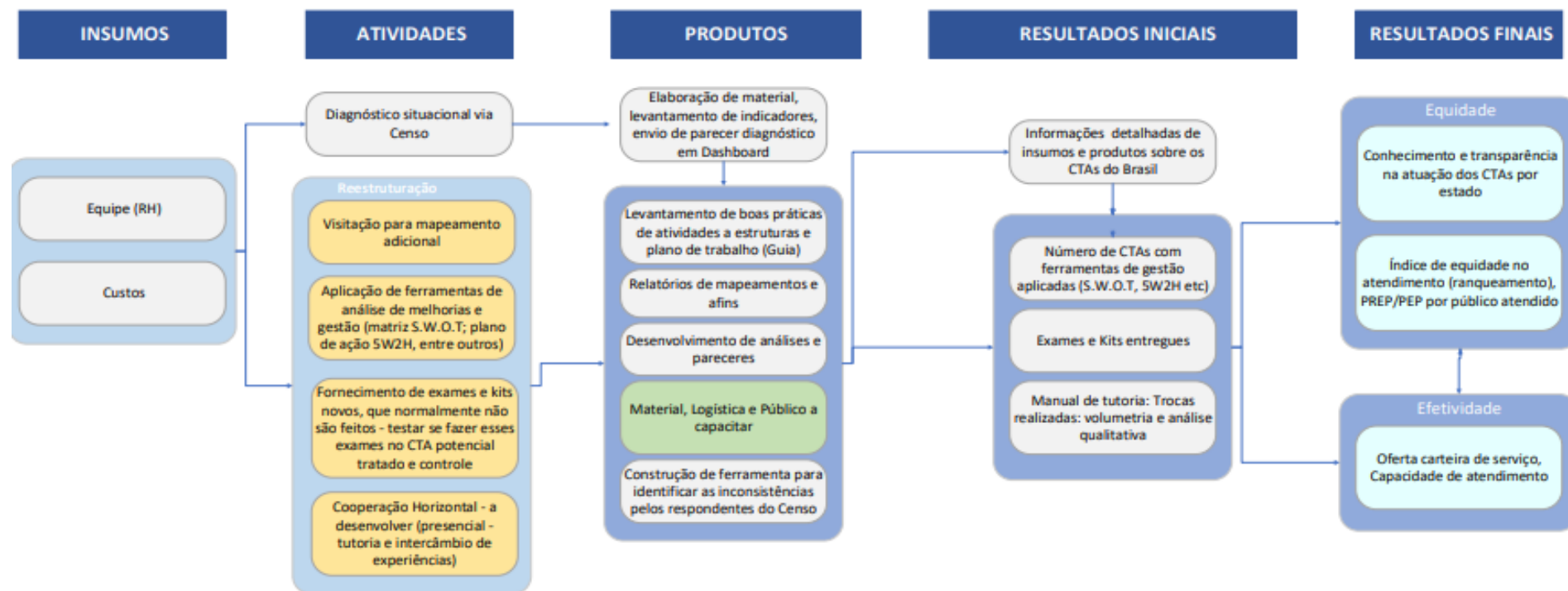
Fonte: elaborado pelos próprios autores.

Com exceção da capacidade de atendimento, todos os demais indicadores se trata de variáveis binárias, foram utilizados erros padrão robustos para corrigir a heterocedasticidade dos erros (WOOLDRIDGE, 2022). Para se analisar além da significância do p-valor, foram realizados testes de comparação através do g de Hegdes dos valores dos indicadores dos CTA que foram reestruturados no pré-tratamento com os CTA de cada um dos demais três grupos (Reestruturado pós-tratamento, Controle pré-tratamento e Controle pós-tratamento). G de Hegdes é uma medida do tamanho do efeito em estudos experimentais que, junto ao p-valor, indica o efeito da intervenção. Essa comparação considera que valores da estatística abaixo de 0,2 indica que os grupos são semelhantes em termos do indicador analisado (em módulo). O intervalo entre 0,2 e 0,5, pode-se considerar que há efeito, contudo, ainda pequeno (SULLIVAN e FEINN, 2012). A fim de analisar resultados de forma conservadora, o trabalho considera que valores dessa estatística acima de 0,5 já podem indicar diferenças de efeito entre os dois grupos analisados. As análises foram realizadas no programa R, versão 4.3.1, no *software* RStudio. Os pacotes utilizados para modelar o DiD e o g de Hegdes foram *o did*, *plm*, *lmtest*, *compute.es*, *metafor*, e *sandwich*.

Resultados da avaliação de impacto

A versão final da Teoria da Mudança se encontra abaixo na Figura A2. Na linha de políticas públicas, entendendo a estratégia do Proadi-SUS em defesa a um SUS eficiente e com mais equidade, os resultados iniciais e finais estão elencados às metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Plano Nacional de Saúde (2020 – 2023) e outras políticas de âmbito nacional, como a Política Nacional de Vigilância em Saúde, Brasil Livre da Tuberculose; Política Nacional de DST/Aids; Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais e Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite. Destaca-se a quantidade de políticas, planos e protocolos que o país já havia montado para melhorar a situação das populações com essas infecções. Isso mostra a importância do projeto para a realidade brasileira.

Figura A2: Teoria da Mudança com os insumos, atividades, produtos, resultados iniciais e finais do projeto Cuida-CTA.



Notas: 1) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ODS 3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; ODS 3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis; ODS 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. 2) Plano Nacional de Saúde, 2020-2023: PNS 3.6 - Alcançar no mínimo 3.600 municípios que cumpram pelo menos 50% das metas do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde - PQAVS; PNS 3.8 - Aumentar para 77,5% a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; PNS 3.10 - 0 Reduzir para 35% o percentual de casos de sífilis congênita; PNS 3.11 - Aumentar para 50 mil ao ano o número de pessoas tratadas para hepatite C. 3) Outras políticas vinculadas ao projeto: Política Nacional de Vigilância em Saúde; Brasil Livre da Tuberculose; Política Nacional de DST/Aids Princípios e Diretrizes; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções; Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais; Política de Prevenção e Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Hepatite; Agenda de Ações Estratégicas para a redução da Sífilis no Brasil em 2020/2021; Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita.

As **Tabelas A1 a A10** contêm os resultados do impacto nos CTA, as médias de cada um dos quatro grupos (Reestruturados pré-tratamento, Controles pré-tratamento, Reestruturado pós-tratamento e Controles pós-tratamento) e a estatística g de Hegdes comparando cada um dos grupos com os reestruturados pré-tratamento. As Tabelas apresentam os resultados por indicador listado para avaliação: equidade, atividades extramuro, oferta de PrEP e PEP, testagem e diagnóstico, ampliação dos serviços, índice de vinculação, parcerias intersetoriais, disponibilização de autoteste e capacidade de atendimento. A disponibilidade de autotestes será observada nos indicadores de atividades extramuro e nos tipos de testagem disponibilizado pelos CTA. Os resultados do impacto com o número de educadores pares/agentes não foram apresentados neste trabalho uma vez que, antes da intervenção, nenhum CTA da amostra possuía esse tipo de profissional no seu quadro organizacional. E após, apenas o Centro de Testagem e Aconselhamento de Canoas, CTA tratado apresentou 1 único profissional.

No indicador equidade, a identificação de tipos de públicos em situação de vulnerabilidade apresentadas na **Tabela A1** se observa que o projeto não proporcionou aumento estatisticamente significativo para nenhum desses públicos. Contudo, a média da identificação de gestantes, que no grupo Reestruturado era abaixo da média dos Controles antes da intervenção (36% dos CTA Reestruturados e 52% dos Controles), passou para 72% após a reestruturação que se destaca pelo alto valor na estatística g de Hegdes ($g=-0,72$). No grupo sobre o público-alvo das ações de redução de danos, houve aumentos significativos na cobertura dos CTA para pessoas privadas de liberdade em instituições prisionais, atendidos antes por 29% dos CTA, e, após a intervenção, 57% ($p\text{-valor}=0,05$). E aumento da cobertura para imigrantes refugiados ($p\text{-valor}=0,05$), em que triplicou o número de CTA que engloba essa população nas ações de redução de danos (7% para 36%) enquanto diminuiu a cobertura nos CTA controle (24% para 14%).

A **Tabela A2** mostra os resultados para atividades de capacitação/educação permanente. Esse indicador não estava dentro dos critérios de impacto que o projeto se propunha, entretanto, notaram que poderia haver mudanças nesse indicador com a reestruturação. Para quase todos os CTA tratados, houve uma expansão expressiva nos tipos de público que participam dessas atividades, em especial, os trabalhadores da rede hospitalar de urgência e emergência ($g=-0,97$).

Em relação às atividades extramuro, quase todos os CTA realizavam essas ações, tanto no grupo tratado quanto no controle (**Tabela A3**). Entretanto, a diversidade da carteira de atividades apresentou um impacto positivo, principalmente nos autotestes para HIV, com significância de 5%. Antes da reestruturação, 31% dos CTA Reestruturados realizavam autotestes para HIV, número menor que os CTA Controles, 56%. Após a reestruturação, praticamente todos os CTA reestruturados passaram a incorporar autotestes para HIV em suas ações extramuro (93%) enquanto os CTA controles aumentou para 65% ($p\text{-valor}=0,03$). Junto a essas ações, as orientações pré e pós testes seguiram o aumento com uma mudança expressiva na média de CTA reestruturados que fazem, mas não foi suficiente para caracterizar como impacto (77% para 93% nos CTA Reestruturados, $g=-0,56$). Nas parcerias nas ações dos CTA, não houve qualquer mudança significativa.

A oferta de PrEP e PEP, assim como suas ações, não apresentaram qualquer mudança com a reestruturação dos CTA. Como consta na **Tabela A4**, praticamente todos os CTA nos grupos tratados e controles ofertavam ou faziam ações voltadas para essas medicações antes da intervenção. Já os resultados nos tipos de testagem na **Tabela A5** possuem algumas variáveis que tiveram impacto em função do programa. Além das ações com autoteste de HIV mencionada na **Tabela A3**, os CTA Reestruturados que disponibilizam autoteste de HIV em seus estabelecimentos aumentaram significativamente em 48 pontos percentuais (p.p.) no efeito estimado da intervenção e $p\text{-valor}=0,03$. A estatística g de Hedges indicou um crescente no número de CTA tratado nas ações voltadas à tuberculose (64% para 71%, $g=-0,81$), enquanto houve uma diminuição nos CTA controles que realizam essa ação (81% para 62%).

Com relação à oferta de medicamentos disponíveis no CTA (**Tabela A6**), os medicamentos de profilaxia de transmissão vertical (gestante) de hepatite B passou a estar presente nos CTA Reestruturados de forma significativa (31% dos CTA para 69%, $g=-0,75$, $p=0,02$). Deve-se destacar que, mesmo que não tenha ocorrido impacto na regressão, o crescente número de CTA Reestruturados que oferecem tratamento para hepatite B (77% para 92%, $g=-0,52$). Outra variável que não apresentou impacto, mas teve um aumento expressivo na quantidade de CTA Reestruturados a adquirir o serviço foi o acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes. Nos CTA Reestruturados, passou de 57% para 86% ($g=-0,74$), enquanto os CTA Controles caíram de 71% para 67%.

Mesmo com diversas variáveis para analisar os encaminhamentos, apenas algumas delas obteve impacto com a reestruturação segundo a **Tabela A7**. O compartilhamento de pacientes com hepatite B para os serviços de atenção hospitalar, teve um impacto positivo nos CTA Reestruturados, apesar do p -valor não ser pequeno suficiente ($p=0,06$) e a estatística g de Hedges indicar um efeito médio no aumento da variável ($g=-0,41$). Mesmo não apresentando significância estatística no impacto, houve também um aumento no número de CTA que fazem o acompanhamento de pessoas com tuberculose ativa (67% para 90%, $g=-0,69$).

No que diz respeito à interação rotineira e integração dos CTA (**Tabela A8**), houve uma integração maior no número de CTA Reestruturados com as delegacias de polícias, com os institutos de ensino e com os conselhos tutelares em que a estatística g esteve acima de 0,5 para todos. Os conselhos tutelares mostraram impacto positivo e significativo ($p=0,02$), em que praticamente todos os CTA Reestruturados passaram a ter essa interação (57% para 93%, $g=-1,26$). O volume de atendimentos, testes rápidos para HIV, hepatite B e triagem para hepatites nos CTA indicadas na **Tabela A9** não tiveram qualquer modificação estatisticamente significativa ou uma elevação em média entre os grupos no tempo.

Como uma análise extra, foi observado na **Tabela A10** se houve modificações nas ações de prevenção e nas ações para tuberculose. Nas ações de prevenção, a testagem regular de sorologias para casais teve um impacto positivo e significativo nos CTA Reestruturados, contudo, o desvio de média é considerado pouco relevante para a análise com a estatística g de Hedge igual a -0,15, abaixo de 0,20 que poderia entender que houve alguma mudança. Já as orientações sobre acordos/pactos entre casais e sobre o acesso à anticoncepção e concepção tiveram aumentos significativos em suas médias, mesmo que

não configure em impactos (43% para 71%, $g=-0,57$ e 64% para 93%, $g=1,01$, respectivamente). Nas ações para tuberculose, a principal variável de interesse era a busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram serviços que teve um pequeno impacto positivo e estatisticamente significativo (45 p.p., $p\text{-valor}=0,06$). A média dos CTA Reestruturados que praticam essas ações saiu de 21% para 57% ($g=-0,65$).

Tabela A1. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para cada variável de equidade e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Pessoas identificadas ao realizar seu cadastro no CTA										
Pessoas que usam álcool e outras drogas	0,05	0,24	0,85	0,64	0,62	0,05	0,64	0,00	0,57	0,12
População Negra	0,12	0,25	0,64	0,43	0,52	-0,18	0,50	-0,13	0,48	-0,09
Trabalhadoras(es)do sexo	0,05	0,24	0,85	0,64	0,62	0,05	0,64	0,00	0,57	0,14
Pessoas trans e travestis	0,00	0,25	1,00	0,57	0,62	-0,09	0,57	0,00	0,62	-0,09
Pessoas privadas de liberdade	0,14	0,25	0,57	0,36	0,52	-0,31	0,50	-0,26	0,52	-0,31
Gays e Homens que fazem sexo com homens (HSH)	0,05	0,24	0,84	0,64	0,67	-0,05	0,64	0,00	0,62	0,05
Lésbicas	0,00	0,25	1,00	0,50	0,52	-0,04	0,50	0,00	0,52	-0,04
Bissexuais	0,12	0,25	0,25	0,50	0,62	-0,23	0,57	-0,13	0,57	-0,14
Pessoas em situação de rua	0,12	0,12	0,63	0,57	0,57	0,00	0,64	-0,14	0,52	0,09
Gestantes	0,36	0,24	0,15	0,36	0,52	-0,31	0,71	-0,72	0,52	-0,31
Imigrantes refugiados	0,12	0,19	0,53	0,00	0,19	-0,46	0,21	-0,47	0,29	-0,59
Pessoas institucionalizadas	0,10	0,23	0,69	0,29	0,29	0,00	0,43	-0,26	0,33	-0,09
Parcerias sorodiscordantes	0,07	0,25	0,78	0,43	0,43	0,00	0,50	-0,13	0,43	0,00
Público-alvo das populações de redução de danos										
Pessoas que usam álcool e outras drogas	0,29	0,24	0,24	0,43	0,57	-0,27	0,71	-0,57	0,57	-0,27
Gays e homens que fazem sexo com homens	0,17	0,24	0,50	0,50	0,52	-0,04	0,71	-0,43	0,57	-0,14
Trabalhadoras(es) do sexo	0,21	0,24	0,38	0,50	0,57	-0,14	0,71	-0,43	0,57	-0,14
Pessoas trans e travestis	0,14	0,25	0,57	0,50	0,52	-0,04	0,64	-0,27	0,52	-0,04
Pessoas que utilizam/utilizaram silicone industrial e/ou hormônios	0,21	0,22	0,32	0,29	0,24	0,10	0,36	-0,14	0,10	0,61
Pessoas privadas de liberdade em instituições prisionais	0,48	0,24	0,05	0,29	0,48	-0,36	0,57	-0,52	0,29	0,00
Crianças e adolescentes internadas(os) em unidades para medidas socioeducativas	0,26	0,21	0,21	0,21	0,29	-0,15	0,29	-0,14	0,10	0,38
Jovens	0,14	0,25	0,57	0,50	0,43	0,14	0,64	-0,27	0,43	0,14
População negra	0,12	0,24	0,63	0,36	0,38	-0,05	0,43	-0,13	0,33	0,05

População indígena	-0,07	0,18	0,69	0,14	0,05	0,42	0,21	-0,16	0,19	-0,11
Pessoas em situação de rua	0,40	0,25	0,10	0,36	0,57	-0,41	0,57	-0,39	0,38	-0,05
Imigrantes e refugiados	0,38	0,19	0,05	0,07	0,24	-0,37	0,36	-0,54	0,14	-0,19

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A2. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de atividades de capacitação/educação permanente e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos cta reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
O CTA realiza atividades de capacitação/educação permanente em saúde	-0,07	0,10	0,47	0,93	1,00	-0,02	0,86	0,19	1,00	-0,02
Público-alvo										
Trabalhadores da rede de Atenção Primária à Saúde	-0,05	0,11	0,65	1,00	0,90	0,30	1,00	0,00	0,95	0,21
Trabalhadores da rede de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	-0,10	0,23	0,65	0,77	0,76	0,02	0,67	0,19	0,76	0,02
Trabalhadores de Ambulatório de especialidades médicas e multiprofissionais	0,17	0,25	0,51	0,46	0,38	0,16	0,58	-0,22	0,33	0,26
Trabalhadores da rede hospitalar e de urgência/emergência	0,35	0,24	0,15	0,62	0,62	-0,01	0,92	0,97	0,57	0,08
Trabalhadores de outros CTA/estabelecimentos	0,28	0,26	0,27	0,38	0,43	-0,08	0,67	-0,53	0,43	-0,08
Trabalhadores consultório na rua	-0,11	0,23	0,63	0,38	0,14	0,65	0,42	-0,06	0,29	0,21
Trabalhadores de Atenção Domiciliar	0,15	0,21	0,48	0,23	0,19	0,10	0,33	-0,19	0,14	0,24

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A3. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ações extramuro e parcerias nas ações a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
O CTA realiza ações extramuros	-0,02	0,13	0,85	0,93	0,86		1,00		0,95	
Atividades extramuro										
Atividades de educação em saúde em instituições	-0,08	0,14	0,55	1,00	0,89	0,33	0,93	0,25	0,90	0,31
Testagem rápida extramuro para o HIV e/ou sífilis e/ou hepatites virais	0,02	0,09	0,81	0,92	0,94	-0,09	1,00	-0,19	1,00	-0,19
Autoteste para HIV	0,53	0,23	0,03	0,31	0,56	-0,46	0,93	-2,19	0,65	-0,67
Orientações pré e pós-teste	0,25	0,17	0,14	0,77	0,94	-0,71	0,93	-0,56	0,85	-0,21
Atividades de orientação preventiva	0,09	0,12	0,44	1,00	0,94	0,23	1,00	0,00	0,85	0,39
Disponibilização de preservativos interno e externo e gel lubrificante	-0,06	0,06	0,38	1,00	0,94	0,23	1,00	0,00	1,00	0,00
Disponibilização de kit de redução de danos	0,18	0,17	0,30	0,00	0,11	-0,33	0,21	-0,47	0,15	-0,39
Disponibilização de material informativo/educativo	0,12	0,17	0,48	0,85	0,89	-0,13	0,93	-0,29	0,85	-0,01
Trabalho de campo de redução de danos	0,29	0,23	0,22	0,15	0,33	-0,35	0,36	-0,38	0,25	-0,21
Ações de prevenção e/ou controle de IST, sífilis, HIV e hepatites virais	-0,01	0,12	0,93	1,00	0,89	0,33	1,00	0,00	0,90	0,31
Ações de prevenção e/ou controle de tuberculose	0,29	0,25	0,25	0,23	0,61	-0,72	0,36	-0,24	0,45	-0,41
Parcerias nas ações										
Sim, com lideranças /organizações que trabalham com o tema HIV, IST, sífilis	-0,02	0,24	0,93	0,77	0,61	0,30	0,79	-0,04	0,65	0,23
Sim, com lideranças /organizações que trabalham com o tema hepatites	0,04	0,25	0,87	0,46	0,44	0,03	0,36	0,20	0,30	0,33
Sim, com lideranças /organizações que trabalham com o tema tuberculose	0,05	0,19	0,81	0,15	0,28	-0,26	0,07	0,29	0,15	-0,01
Não, o estabelecimento/ CTA não realiza ações de prevenção com lideranças /organizações da Sociedade Civil	0,00	0,22	0,98	0,08	0,17	-0,20	0,07	0,23	0,15	-0,04

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A4. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de disponibilização e ações de prevenção com PrEP e PEP e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos cta reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Realiza profilaxia pré-exposição (PrEP)	0,05	0,16	0,76	0,92	0,90	0,07	0,92	0,00	0,85	0,19
Realiza profilaxia pós-exposição (PEP)	0,05	0,06	0,43	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,95	0,22
Ações de prevenção										
PrEP	-0,10	0,19	0,62	0,93	0,67	0,52	0,93	0,00	0,76	0,37
PEP	-0,02	0,16	0,88	0,93	0,90	0,08	0,86	0,19	0,86	0,19

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A5. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de tipos de testagem e a quantidade média de CTA que disponibilizam esse tipo de serviço no estabelecimento nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Realiza orientação/ aconselhamento pré-teste	-0,12	0,08	0,15	1,00	0,95	0,21	0,93	0,25	1,00	0,00
Realiza orientação/ aconselhamento pós-teste	0,00	0,00	0,42	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Disponibiliza autoteste de HIV	0,48	0,20	0,02	0,43	0,71	-0,59	1,00	0,99	0,81	-0,91
Realiza testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV	0,00	0,00	0,42	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Solicita sorologia anti-HAV (IgM) em casos de suspeita de hepatite A	0,21	0,21	0,31	0,57	0,81	-0,57	0,79	-0,47	0,81	-0,57
Realiza exames para hepatite B	0,00	0,00	0,42	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Teste rápido para hepatite B é disponibilizado sempre que uma pessoa busca testes para outros agravos e não esteja vacinado para hepatite B	0,00	0,08	1,00	1,00	0,95	0,21	1,00	0,00	0,95	0,21
Realiza/solicita testes para sífilis	0,00	0,00	0,42	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00
Realiza alguma ação relacionada à tuberculose	0,26	0,23	0,25	0,64	0,81	-0,21	0,71	0,80	0,62	0,00

Realiza ou solicita/encaminha testes diagnósticos para tuberculose	0,05	0,12	0,66	0,89	0,94	-0,40	1,00	-0,14	1,00	0,05
--	------	------	------	------	------	-------	------	-------	------	------

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A6. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ofertas de medicamentos e serviços e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Medicamentos disponíveis no CTA										
Profilaxia pós-exposição hepatite B	0,77	0,23	0,34	0,23	0,25	-0,04	0,31	-0,15	0,25	-0,04
Profilaxia de transmissão vertical (gestante) de hepatite B	0,58	0,25	0,02	0,31	0,70	-0,80	0,69	-0,75	0,50	-0,36
Tratamento da hepatite B	0,20	0,18	0,25	0,77	0,90	-0,41	0,92	-0,52	0,85	-0,21
Tratamento da hepatite C	0,03	0,18	0,89	0,77	0,90	-0,21	0,85	-0,19	0,85	-0,41
Tratamento de úlceras genitais	0,13	0,25	0,62	0,54	0,65	-0,22	0,62	-0,14	0,60	-0,12
Tratamento de corrimentos uretrais	0,08	0,24	0,75	0,69	0,65	0,08	0,77	-0,17	0,65	0,08
Tratamento de corrimentos vaginais e cervicite	0,03	0,24	0,91	0,69	0,65	0,08	0,77	-0,17	0,70	-0,02
Tratamento de tuberculose	0,25	0,25	0,32	0,54	0,65	-0,22	0,69	-0,30	0,55	-0,02
Tratamento para infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	0,05	0,23	0,83	0,77	0,75	0,04	0,77	0,00	0,70	0,14
Tratamento para sífilis	0,77	0,18	0,67	0,85	0,85	-0,01	0,92	-0,26	0,85	-0,01
Tratamento de verruga anogenital sugestiva de HPV	-0,77	0,25	0,76	0,62	0,65	-0,07	0,54	0,14	0,65	-0,07
Tratamento de Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	0,10	0,25	0,69	0,69	0,60	0,18	0,69	0,00	0,50	0,36
Demais ofertas										
Realiza exames de triagem para hepatite C	0,05	0,06	0,42	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,95	0,21
Solicita exames confirmatórios para hepatite C	0,12	0,11	0,30	0,86	1,00	0,14	0,93	-0,25	0,95	-0,42
Realiza a prescrição inicial para o tratamento de hepatite C	0,07	0,23	0,76	0,50	0,76	-0,58	0,57	-0,13	0,76	-0,58

Realiza o acompanhamento dos casos de sífilis da população em geral (exceto crianças e gestantes)	0,02	0,19	0,90	0,79	0,81	-0,06	0,86	-0,19	0,86	-0,19
Realiza o acompanhamento dos casos de sífilis em gestante	0,33	0,23	0,14	0,57	0,71	-0,30	0,86	-0,74	0,67	-0,19

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A7. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de encaminhamento, compartilhamento e acompanhamento que os CTA podem realizar e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Encaminha as positivadas para HIV para os serviços de referência	-0,07	0,24	0,77	0,71	0,57	0,27	0,64	0,14	0,57	0,27
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	0,00	0,18	1,00	0,14	0,14	0,00	0,14	0,00	0,14	0,00
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/hepatites	0,00	0,24	1,00	0,64	0,52	0,22	0,64	0,00	0,52	0,22
Serviços de Atenção Hospitalar	0,21	0,17	0,21	0,07	0,10	-0,08	0,29	-0,43	0,10	-0,08
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,05	0,05	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	-0,21
Serviços de Atenção Psicossocial	-0,05	0,18	0,79	0,21	0,05	0,73	0,21	0,00	0,10	0,38
Serviços de Atenção Especializada	0,02	0,16	0,88	0,07	0,10	-0,08	0,14	-0,19	0,14	-0,19
Compartilha o cuidado da pessoa vivendo com HIV com outros Serviços da rede assistencial	0,02	0,20	0,91	0,79	0,90	-0,38	0,71	0,14	0,81	-0,06
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,12	0,25	0,63	0,57	0,57	0,00	0,50	0,13	0,62	-0,09
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/hepatites	-0,10	0,25	0,70	0,64	0,62	0,05	0,50	0,26	0,57	0,14
Serviços de Atenção Hospitalar	0,12	0,25	0,63	0,57	0,48	0,18	0,64	-0,14	0,43	0,27
Serviços de Atenção Domiciliar	0,02	0,19	0,90	0,14	0,14	0,00	0,21	-0,16	0,19	-0,11

Serviços de Atenção Psicossocial	-0,05	0,25	0,85	0,43	0,48	-0,09	0,43	0,00	0,52	-0,18
Serviços de Atenção Especializada	-0,26	0,25	0,29	0,57	0,38	0,37	0,36	0,41	0,43	0,27
Encaminha as pessoas com resultados positivos para hepat B	-0,05	0,22	0,83	0,79	0,67	0,24	0,79	0,00	0,71	0,15
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,10	0,16	0,55	0,07	0,14	-0,19	0,07	0,00	0,24	-0,37
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	-0,02	0,25	0,92	0,57	0,52	0,09	0,64	-0,14	0,62	-0,09
Serviços de Atenção Hospitalar	0,19	0,17	0,26	0,07	0,14	-0,19	0,21	-0,32	0,10	-0,08
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,05	0,05	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	-0,21
Serviços de Atenção Psicossocial	-0,07	0,12	0,56	0,00	0,05	-0,21	0,07	-0,25	0,19	-0,46
Serviços de Atenção Especializada	0,29	0,21	0,18	0,21	0,24	-0,05	0,36	-0,27	0,10	0,38
Compartilha o cuidado da pessoa com hepatites B com outros Serviços da rede assistencial local	0,17	0,21	0,43	0,71	0,86	-0,38	0,79	-0,16	0,76	-0,10
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	0,24	0,23	0,31	0,21	0,48	-0,49	0,36	-0,27	0,38	-0,32
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	0,26	0,25	0,29	0,50	0,71	-0,45	0,57	-0,13	0,52	-0,04
Serviços de Atenção Hospitalar	0,40	0,22	0,06	0,14	0,38	-0,46	0,36	-0,41	0,19	-0,11
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,02	0,12	0,84	0,00	0,05	-0,21	0,07	-0,25	0,14	-0,38
Serviços de Atenção Psicossocial	0,26	0,18	0,15	0,00	0,29	-0,59	0,21	-0,47	0,24	-0,52
Serviços de Atenção Especializada	-0,07	0,24	0,76	0,36	0,33	0,05	0,29	0,14	0,33	0,05
Encaminha as pessoas com resultado positivo para hepatite C	0,05	0,22	0,83	0,71	0,62	0,18	0,86	-0,37	0,71	0,00
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,12	0,17	0,49	0,07	0,10	-0,08	0,14	-0,19	0,29	-0,45
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	0,05	0,24	0,84	0,57	0,52	0,09	0,71	-0,29	0,62	-0,09
Serviços de Atenção Hospitalar	0,00	0,20	1,00	0,14	0,10	0,15	0,29	-0,29	0,24	-0,21
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,10	0,07	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	-0,30
Serviços de Atenção Psicossocial	-0,19	0,16	0,24	0,14	0,00	0,05	0,14	0,00	0,19	-0,11
Serviços de Atenção Especializada	0,10	0,22	0,66	0,21	0,19	0,06	0,36	-0,27	0,24	-0,05
Compartilha o cuidado da pessoa com hepat C com outros serviços	-0,07	0,23	0,75	0,71	0,76	-0,10	0,64	0,14	0,76	-0,10

Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	0,14	0,23	0,54	0,21	0,43	-0,41	0,36	-0,27	0,43	-0,41
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/hepatites	-0,07	0,25	0,77	0,50	0,62	-0,23	0,43	0,13	0,62	-0,23
Serviços de Atenção Hospitalar	0,31	0,21	0,15	0,14	0,29	-0,30	0,36	-0,41	0,19	-0,11
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,07	0,11	0,50	0,00	0,00	0,00	0,07	-0,25	0,14	-0,38
Serviços de Atenção Psicossocial	0,07	0,18	0,69	0,00	0,19	-0,46	0,21	-0,47	0,33	-0,66
Serviços de Atenção Especializada	0,00	0,24	1,00	0,36	0,29	0,15	0,36	0,00	0,29	0,15
Acompanhamento dos casos de sífilis da população em geral	0,02	0,19	0,90	0,79	0,81	-0,06	0,86	-0,19	0,86	-0,19
Se não, encaminha a pessoa para tratamento e seguimento	-0,25	0,27	0,37	1,00	0,75	0,48	1,00	0,00	1,00	0,00
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,07	0,19	0,70	0,21	0,14	0,19	0,14	0,19	0,14	0,19
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	-0,17	0,12	0,18	0,21	0,05	0,73	0,00	NA	0,00	NA
Acompanha casos de sífilis em gestante	0,33	0,23	0,14	0,57	0,71	-0,30	0,86	-0,74	0,67	-0,19
Acompanha das pessoas com tuberculose ativa	0,13	0,26	0,63	0,67	0,59	0,15	0,90	-0,69	0,69	-0,05
Acompanha das pessoas com tuberculose latente	0,14	0,22	0,53	0,78	0,76	0,03	1,00	-0,17	0,85	-0,18
Encaminha as pessoas com diagnóstico de tuberculose	-0,12	0,22	0,58	0,71	0,81	-0,23	0,64	0,14	0,86	-0,38
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,07	0,21	0,73	0,21	0,29	-0,15	0,14	0,19	0,29	-0,15
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/hepatites	-0,05	0,19	0,80	0,14	0,19	-0,11	0,14	0,00	0,24	-0,21
Serviços de Atenção Hospitalar	0,24	0,17	0,17	0,07	0,19	-0,28	0,21	-0,32	0,10	-0,08
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,05	0,08	0,56	0,00	0,05	-0,21	0,00	0,00	0,10	-0,30
Serviços de Atenção Psicossocial	0,19	0,13	0,14	0,00	0,10	-0,30	0,14	-0,37	0,05	-0,21
Serviços de Atenção Especializada	0,10	0,19	0,62	0,14	0,29	-0,30	0,14	0,00	0,19	-0,11
Serviços de Atenção Secundária específica para tuberculose	0,05	0,21	0,82	0,14	0,24	-0,21	0,29	-0,29	0,33	-0,38

Serviços de Atenção Terciária específica para tuberculose	0,05	0,18	0,79	0,07	0,14	-0,19	0,21	-0,32	0,24	-0,37
Compartilha o cuidado da pessoa com tuberculose	-0,01	0,20	0,96	0,89	0,82	0,16	0,90	-0,03	0,85	0,11
Se sim, quais?										
Serviços de Atenção Primária à Saúde	-0,05	0,25	0,85	0,43	0,38	0,09	0,43	0,00	0,43	0,00
Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites	0,29	0,22	0,21	0,21	0,24	-0,05	0,50	-0,52	0,24	-0,05
Serviços de Atenção Hospitalar	0,33	0,21	0,12	0,21	0,29	-0,15	0,36	-0,27	0,10	0,38
Serviços de Atenção Domiciliar	-0,05	0,10	0,64	0,00	0,10	-0,30	0,00	0,00	0,14	-0,38
Serviços de Atenção Psicossocial	-0,05	0,14	0,74	0,07	0,10	-0,08	0,07	0,00	0,14	-0,19
Serviços de Atenção Especializada	0,17	0,20	0,41	0,14	0,14	0,00	0,36	-0,41	0,19	-0,11
Serviços de Atenção Secundária para tuberculose	0,05	0,19	0,80	0,07	0,19	-0,28	0,21	-0,32	0,29	-0,45
Serviços de Atenção Terciária para tuberculose	0,05	0,20	0,81	0,21	0,19	0,06	0,21	0,00	0,14	0,19

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A8. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de interação rotineira e integração e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Possui interação rotineira /integração:										
Ministério/Defensoria Pública	0,17	0,25	0,50	0,57	0,48	0,18	0,64	-0,14	0,37	0,37
Delegacia de polícia	0,33	0,24	0,17	0,36	0,38	-0,05	0,64	-0,54	0,05	0,05
Estabelecimentos prisionais	0,26	0,17	0,13	0,79	0,81	-0,06	1,00	0,18	0,05	0,05
Estabelecimentos para medidas socioeducativas	0,12	0,25	0,63	0,57	0,43	0,27	0,64	-0,14	0,37	0,37
Serviço da Assistência Social	0,07	0,10	0,47	0,93	0,95	-0,10	1,00	0,09	-0,10	-0,10
Rede de ensino - escolas	0,29	0,21	0,19	0,71	0,76	-0,10	0,86	-0,37	0,18	0,18
Organização da Sociedade Civil	0,14	0,24	0,56	0,57	0,57	0,00	0,71	-0,29	0,00	0,00
Instituto de ensino	0,33	0,23	0,15	0,57	0,62	-0,09	0,86	-0,74	0,00	0,00
Conselho tutelar	0,50	0,21	0,02	0,57	0,76	-0,42	0,93	-1,26	-0,09	-0,09
Organização/Instituto de Direitos Humanos	0,36	0,23	0,13	0,29	0,33	-0,09	0,50	-0,39	0,23	0,23
Distrito de Saúde/ Fundação Nacional do Índio	0,07	0,18	0,69	0,21	0,10	0,38	0,29	-0,14	0,38	0,38
Entidades religiosas ou filantrópicas	0,14	0,24	0,56	0,50	0,38	0,23	0,50	0,00	0,58	0,58
Outras entidades privadas	-0,21	0,24	0,37	0,71	0,38	0,64	0,64	0,14	0,36	0,36
Agências Internacionais	-0,05	0,11	0,67	0,07	0,00	0,10	0,07	0,00	0,10	0,10

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A9. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de capacidade de atendimento médio e a quantidade média nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Média de atendimentos/dia	33,10	58,32	0,57	83,29	60,33	0,51	128,43	-0,27	72,38	0,16
Média de testes rápido de HIV/dia	-6,26	15,65	0,69	31,71	23,62	0,45	35,93	-0,11	34,10	-0,05
Média de testes rápido de hepatite B/dia	1,05	12,16	0,93	25,79	21,90	0,25	33,93	-0,21	29,00	-0,14
Média de triagem para hepatite/dia	2,04	12,24	0,87	24,71	20,95	0,25	35,00	-0,26	29,20	-0,18

FONTE: ELABORAÇÃO DOS AUTORES. "REEST" REPRESENTA OS CTA QUE PASSARAM PELA REESTRUTURAÇÃO E "CONTR" DIZ RESPEITO AOS CTA CONTROLE. ÀQUELES PRECEDIDO DE "PRÉ" SIGNIFICA O PERÍODO ANTERIOR À INTERVENÇÃO, ENQUANTO "PÓS", POSTERIOR. G DE HEGDES INDICA A ESTATÍSTICA DE HEGDES.

Tabela A10. Resultado do modelo de diferenças-em-diferenças para a intervenção nos CTA para o indicador de ações de prevenção e ações para tuberculose e a quantidade média de CTA que disponibilizam esses tipos de serviços nos 4 grupos analisados (reestruturados e controles antes e após a intervenção). Estatística g de hedges na comparação dos grupos com o valor médio dos CTA reestruturados antes da intervenção.

	Efeito da intervenção	Desvio padrão	p-valor	Média reest PRÉ	Média contr PRÉ	g de Hedges	Média reest PÓS	g de Hedges	Média contr PÓS	g de Hedges
Ações de prevenção do CTA										
Orientações sobre a prática de redução de danos	0,19	0,21	0,37	0,64	0,86	-0,57	0,79	-0,32	0,81	-0,40
Realiza o tratamento de pessoas vivendo com HIV	0,07	0,18	0,69	0,79	0,90	-0,38	0,86	-0,19	0,90	-0,38
Realiza abordagens em grupo e individuais promovendo espaços de reflexão e conversa	0,10	0,23	0,68	0,71	0,71	0,00	0,71	0,00	0,62	0,18
Orientações de Práticas de sexo seguro	0,07	0,10	0,47	0,93	0,95	-0,10	1,00	-0,12	0,95	-0,10
Testagem regular de sorologias para casais	0,38	0,19	0,05	0,57	0,76	-0,42	1,00	-0,15	0,81	-0,57
Orientação sobre acordos/pactos entre casais	0,29	0,24	0,23	0,43	0,67	-0,47	0,71	-0,57	0,67	-0,47
Realiza atividade de imunização	0,14	0,25	0,57	0,36	0,52	-0,31	0,50	-0,26	0,52	-0,31
Orientação sobre acesso à anticoncepção e concepção	0,29	0,20	0,16	0,64	0,76	-0,26	0,93	-1,01	0,76	-0,26
Realiza exame preventivo de câncer de colo do útero	-0,10	0,24	0,69	0,43	0,33	0,19	0,29	0,29	0,29	0,30
Orientação às gestantes HIV positivas sobre tratamento e fórmulas lácteas	0,10	0,18	0,59	0,86	0,90	-0,15	0,86	0,00	0,81	0,11
Orientação sobre não compartilhamento de objetos de uso pessoal	0,17	0,12	0,16	0,93	0,95	-0,10	1,00	-0,12	0,86	0,19
Ações para Tuberculose										
Rastreamento de tuberculose ativa para pessoas vivendo como HIV	0,26	0,23	0,26	0,64	0,81	-0,40	0,71	-0,14	0,62	0,05
Rastreamento de tuberculose latente para pessoas vivendo com HIV e/ou imunossupressão por outras condições clínicas	0,31	0,24	0,19	0,64	0,71	-0,15	0,71	-0,14	0,48	0,31
Busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços	0,45	0,24	0,06	0,21	0,48	-0,49	0,57	-0,65	0,38	-0,32
Realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade	0,17	0,16	0,31	0,07	0,19	-0,28	0,14	-0,19	0,10	-0,08

Fonte: elaboração dos autores. "reest" representa os CTA que passaram pela reestruturação e "contr" diz respeito aos CTA controle. Àqueles precedido de "PRÉ" significa o período anterior à intervenção, enquanto "PÓS", posterior. G de Hedges indica a estatística de Hedges

Discussão sobre a avaliação de impacto

O projeto Rede de prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis trouxe contribuições importantes na reestruturação e colocação dos CTA selecionados. Houve o aumento do olhar de equidade por parte dos gestores, com destaque para as pessoas privadas de liberdade em instituições prisionais e gestantes. Observa-se também a inclusão dos trabalhadores da rede hospitalar e de urgência e emergência nas atividades de educação permanente em saúde em quase todos os CTA reestruturados (92%). O projeto foi responsável por que grande parte dos CTA investissem em ações extramuro voltadas ao autoteste para HIV, além de orientações pré e pós teste. Dentro do estabelecimento, houve um aumento da disponibilização dos testes para HIV e de ações relacionadas à tuberculose. Quanto à disposição de medicamentos, foi observado um aumento no número de CTA reestruturados que disponibilizam profilaxia de transmissão vertical de hepatite B, tratamento para hepatite B e realiza o acompanhamento dos casos de sífilis em gestantes. No que tange a integração fora dos serviços de saúde, os CTA reestruturados passaram a integrarem mais com as delegacias de polícia, institutos de ensino e conselhos tutelares. E as ações de prevenção dos CTA tiveram mudanças ainda sensíveis, como é o caso da testagem regular de sorologias para casais e orientação sobre acordos/pactos entre casais. Para as ações para tuberculose, destaca-se a busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços, um dos focos da reestruturação.

Estudos sobre equidade no sistema de saúde mundial e brasileiro ainda são escassos (PENMAN-AGUILAR et al., 2021; LIBURD, 2020; BARROS et al., 2016). O entendimento do que seria uma pessoa em situação de vulnerabilidade é um exercício constante que o projeto conseguiu levar para os CTA. Há uma possível relação entre a integração com as delegacias de polícia e o aumento no número de CTA que recebem pessoas em situação prisional. Este público é um dos mais propensos a desenvolverem hepatite C, além das outras hepatites, HIV ou aids e tuberculose (BOSWORTH et al., 2022; JACK et al., 2020 RICH et al., 2016). BOSWORTH et al. (2022) identificaram em sua revisão 6.568 mortes provocadas pela coinfeção de IST e tuberculose na população privada de liberdade, sendo 1.012 no Brasil entre 2000 e 2022.

O aumento no número de CTA que informaram que passaram também a atender gestantes veio acompanhado de outros aumentos na carteira de serviços dos CTA reestruturados, como os medicamentos de profilaxia de transmissão vertical (gestante) de hepatite B, acompanhamento de sífilis em gestantes e a integração com o conselho tutelar. O olhar para a gestante é importante pela vulnerabilidade que esse público está nesse período, como a correlação entre morbidade e mortalidade perinatal e gestantes com sífilis (Gomez et al., 2013; Qin et al., 2014). O tratamento de hepatite B para pessoas grávidas também traz avanços importantes na saúde pública uma vez que essa hepatite pode levar a partos prematuros (FARSIMADAN, 2021). A integração com o conselho tutelar auxilia também na forma do cuidado com as gestantes que vão ao CTA no apoio psicológico necessário.

A ampliação e implementação da estratégia de autoteste enquanto política pública no Brasil ocorreram em 2020. Contudo 52% dos CTA informaram que possuíam esses

testes em seu estabelecimento segundo o primeiro Censo. O projeto entendeu que o uso do autoteste para os CTA era uma atividade que poderia ser potencializada, principalmente quando realizavam ações extramuros, outro resultado importante do projeto.

A população em situação de vulnerabilidade, além de ser um dos principais infectados por IST, também estão propensos a coinfeção com tuberculose. Bosworth et al. (2022) discorrem como a coinfeção de tuberculose com HIV/Aids é preocupante, pois a imunossupressão causada pelo HIV aumenta significativamente o risco de desenvolver tuberculose ativa. A tuberculose ativa é uma das principais causas de morte entre pessoas vivendo com HIV/Aids. Assim, o projeto avança ao conseguir promover a busca ativa dos CTA de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços.

O modelo, por outro lado, não conseguiu ver efeito em alguns indicadores. Com relação ao fornecimento de PrEP e PEP, grande parte dos CTA estudados já forneciam e faziam ações de prevenção de HIV com PrEP e PEP. Ainda, a reestruturação não conseguiu fortalecer de forma significativa as parcerias nas ações extramuros dos CTA. Concomitante a isso, o indicador de encaminhamentos, compartilhamento e acompanhamentos dos CTA reestruturados também não obteve qualquer efeito estatisticamente significativo. A quantidade média de atendimentos e testes rápidos para HIV, hepatite B e triagem para hepatite não houve qualquer alteração significativa após a reestruturação.

No projeto, há 5 limitações a respeito de seus resultados. O primeiro se trata da falta de validade externa e dúvidas sobre a validade interna. Os CTA selecionados passaram por critérios tanto a nível municipal quanto à recursos físicos, humanos e produção para serem eleitos a participarem da reestruturação. Como não houve aleatorização na sua seleção, não há garantia de que os resultados consigam ser reproduzíveis em outros ambientes e tipos de CTA. Quanto à validade interna, não houve transparência nos critérios utilizados pelo Ministério da Saúde na escolha dos 14 no universo de 76 disponíveis. A segunda limitação diz respeito do período entre o primeiro e o segundo censo que foi curto. Essa limitação não dá tempo hábil para implementar as ações elaboradas durante a intervenção nos CTA reestruturados. A terceira limitação diz respeito ao conjunto de equipamentos físicos que o projeto enviou aos CTA selecionados, que podem ter auxiliado no impacto da reestruturação. A quarta limitação diz respeito ao modelo não conseguir captar as mudanças que podem ter ocorrido nos modelos de aconselhamento, que ainda é uma dificuldade importante dentro dos CTA. Por fim, a quinta limitação diz respeito a falta de auditoria e monitoramento dos dados coletados.

Em suma, o projeto Rede de Prevenção e Cuidado Integral de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis demonstrou significativas contribuições na reestruturação dos 14 CTA. Além de promover equidade ao expandir o acesso a diferentes populações vulneráveis, como pessoas privadas de liberdade e gestantes, houve uma ênfase na educação permanente em saúde, envolvendo trabalhadores da rede hospitalar e de urgência/emergência. A implementação de ações extramuro com o autoteste para HIV foi ampliada, assim como a disponibilização de autotestes para HIV e tratamento para hepatite B em gestantes nos CTA. Houve também uma integração mais estreita com instituições externas, como delegacias de polícia e

conselhos tutelares. A busca ativa de sintomáticos respiratórios para tuberculose emerge como um foco contínuo de aprimoramento nas ações de prevenção dos CTA reestruturados.

Referências bibliográficas:

BARROS, F.P.C. et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate*, v. 40, p. 264-271, 2016.

BOSWORTH, R.J. et al. HIV/Aids, hepatitis and tuberculosis-related mortality among incarcerated people: a global scoping review. *International Journal of Prisoner Health*, v. 18, n. 1, p. 66-82, 2022.

BRITO, T. R. et al. Evaluation of the self-esteem of bearers of HIV/Aids of Alfenas city, Minas Gerais, Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 30, n. 2, p. 190-197, 2009.

FARSIMADAN, MARZIYE et al. The effects of hepatitis b virus infection on natural and IVF pregnancy: a meta-analysis study. *Journal of Viral Hepatitis*, v. 28, n. 9, p. 1234-1245, 2021.

FOGUEL, M.N. "Diferenças em diferenças". In: MENEZES FILHO, N.A; PINTO, C. (organizadores). *Avaliação econômica de projetos sociais*. 3. Ed. São Paulo - SP: Itaú Social, 2017, 27 p.

GERTLER, P.J. et al. *Avaliação de impacto na prática, segunda edição*. World Bank Publications, 2018.

GOMEZ, G.B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 91, p. 217-226, 2013.

GOMES, N.C.R.C. et al. Prevalence and factors associated with syphilis in a reference center. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 50, p. 27-34, 2017.

JACK, K. et al. How do people in prison feel about opt-out hepatitis c virus testing?. *Journal of Viral Hepatitis*, v. 27, n. 10, p. 1003-1011, 2020.

LIBURD, L. et al. Addressing health equity in public health practice: frameworks, promising strategies, and measurement considerations. *Annual Review of Public Health*, v. 41, p. 417-432, 2020.

METRICS, INSPER. *Guia de avaliação de impacto socioambiental para utilização em projetos e investimentos de impacto*. São Paulo, 2020.

BRASIL. Ministério da saúde, secretaria de vigilância em saúde, departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids

e das hepatites virais. Diretrizes para organização do cta no âmbito da prevenção combinada nas redes de atenção à saúde. Brasília: ministério da saúde, 2017.

PECHANSKY, F. et al. Predictors of hiv seropositive status in non-iv drug users at testing and counseling centers in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 266-274, 2005.

PENMAN-AGUILAR, A. et al. Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 22, p. S33-s42, 2016.

PINTO, C. "Pareamento". In: MENEZES FILHO, N.A; PINTO, C. (organizadores). *Avaliação econômica de projetos sociais*. 3. Ed. São Paulo - SP: Itaú Social, 2017, 35 p.

QIN, J. et al. Reported estimates of adverse pregnancy outcomes among women with and without syphilis: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, v. 9, n. 7, p. E102203, 2014.

RICH, J.D. et al. Clinical care of incarcerated people with hiv, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet*, v. 388, n. 10049, p. 1103-1114, 2016.

ROSSI, A. et al. Cascata do cuidado do hiv a partir do diagnóstico em centro de testagem e aconselhamento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, p. E20190680, 2020.

SILVA, Y.T.; SILVA, L.B.; FERREIRA, S.M.S. Counseling practices in sexually transmitted infections/aids: the female health professionals' perspective. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(5):1137-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0176>.

SULLIVAN, G.M.; FEINN, R. Using effect size-or why the p value is not enough. *J Grad Med Educ*. 2012 sep;4(3):279-82. Pmid: 23997866. Doi: 10.4300/jgme-d-12-00156.1.

WOOLDRIDGE, J.M. simple approaches to nonlinear difference-in-differences with panel data, 2022.

NARRATIVAS DOS CTA



NARRATIVAS DOS CTA

Esta parte da publicação reúne os diversos relatos dos CTA sobre o processo de reestruturação conforme descrito anteriormente. O conteúdo que orientou a elaboração destas narrativas, foi sugerido pela equipe Cuida-CTA, com a seguinte organização:

- Introdução:
 - Relato breve sobre o histórico do CTA: data de inauguração, contexto da implantação do serviço.
 - Breve descrição da estrutura física, recursos humanos, serviços ofertados e ligação com a coordenação/gestão municipal.
- Percurso no projeto:
 - Vivência sobre os primeiros contatos junto ao projeto Cuida-CTA (escolha pela Coord. Estadual, envolvimento dos trabalhadores, sensibilização e contatos com a equipe do projeto).
 - Relato sobre a vivência dos atores envolvidos na elaboração da matriz FOFA/SWOT, construção do plano de trabalho e a vivência do processo de reestruturação.
- Considerações finais:
 - Apontamento sobre as dificuldades, as barreiras superadas
 - Descrição das ações exitosas

Região Norte:

Belém/PA, CTA Belém

Autores: Odilene do Socorro da Vera Cruz Pinheiro, Gerente do CTA-Belém; Catarina Furtado Ribeiro, Enfermeira.

Atores envolvidos no projeto: Gestão e trabalhadores do CTA; sociedade civil.

Introdução: No final da década de 80, inicia-se a estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Considerados modalidades alternativas de serviços de saúde, oferecia sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, além de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção pelo HIV.

Na segunda metade da década de 90, tornaram-se evidentes as mudanças nas tendências da epidemia de aids com o crescimento do número de novos casos entre os heterossexuais, mulheres, população de baixa renda, residentes em municípios de médio porte e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Nesse cenário de mudança, a epidemia pôde ser ressignificada, adotando-se conceitos que permitiam uma compreensão mais adequada das formas de disseminação da doença.

Nos anos 90, os CTA tornam-se referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em IST/aids, indicando a expansão da oferta do teste e de orientações de prevenção do HIV e outras IST, destinadas à população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade. O cenário da epidemia

de HIV/Aids e as inovações tecnológicas para o diagnóstico do HIV e tratamento da doença exigiram modificações na estrutura e organização dos serviços e as ações de testagem e aconselhamento passam a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida das PVHA.

O CTA Belém foi inaugurado em 1996 estruturado para garantir diagnóstico, prevenção e o controle da infecção pelo HIV. Novas funções e novas necessidades foram surgindo e sendo incorporadas ao serviço.

O nome do CTA Rayssa Gorbachofh homenageia a travesti, falecida há 10 anos. Raissa foi militante dos movimentos sociais e uma das primeiras travestis em Belém/PA a lutar pelos direitos humanos e inclusão para a comunidade LGBTQIAPN+, organizando o seu segmento para conquista de direitos.

Recursos humanos: Gerente: 1 (manhã/tarde), Assistente Social: 6 (3 manhã / 3 tarde), Enfermeira: 3 (1 manhã / 2 tarde), Psicóloga: 2 (1 manhã /1 tarde), Fisioterapeuta: 1 (manhã), Médico: 3 (1 manhã / 2 tarde), Farmacêutica: 2 (1 manhã / 1 tarde), Biomédico: 4 (2 manhã / 2 tarde), Tec laboratório: 2 (1 manhã / 1 tarde), Tec enfermagem: 3 (2 manhã / 1 tarde) e Assist. admin: 10 (6 manhã /4 tarde).

Serviços ofertados: O espaço funciona e oferece testagem rápida para HIV, sífilis hepatites B e C, aconselhamento pré e pós-teste, atendimento clínico geral, tratamento de IST, além de vacinação para hepatite B, HPV, Influenza, Tríplice viral e outras, laboratório de análise e tratamento para sífilis.

Relação do CTA com a gestão municipal: O diálogo permanente da equipe do CTA com a gestão do programa de IST/aids/municipal subsidia o planejamento anual, adequando-o às necessidades e prioridades da epidemia local e à previsão de recursos. Com os demais serviços da APS essa articulação permite o apoio para formação e matricialmente das equipes de saúde e a ampliação e qualificação das ações de prevenção, diagnóstico e aconselhamento das IST's.

Percurso no projeto: Foi desafiador a indicação pela Coordenação Estadual para participar do projeto Cuida CTA e garantir um processo transparente e participativo do corpo técnico, quebrando resistências e acumulando novas experiências.

As dificuldades encontradas de apoio - e até mesmo de compreensão da importância do projeto - nos levou a demorar um pouco a iniciar as atividades. Com muito diálogo, fomos movendo as barreiras e mostrando a sua importância para a carteira de serviços do CTA. Outra contribuição importante é da sociedade civil no controle social, o que melhora o desempenho da gestão e fortalece o SUS.

Já nos primeiros contatos, a equipe mostrou parceira na relação institucional. Uma das primeiras preocupações foi estabelecer laços entre gestores com foco na produção de resultados. As reuniões sempre foram pontos de apoio à equipe do CTA-Belém. Essa sincronia respeitosa ajudou na condução dos trabalhos. Quanto a matriz FOFA/SWOT, é um instrumento muito importante de planejamento e gestão.

Belém, historicamente, vem contribuindo para a efetivação do SUS. O mais desafiador é pensar um projeto que possa alcançar não somente o asfalto, mas as águas, através das 42 ilhas do entorno de Belém. Incluir esses territórios e os seis municípios da

Região Metropolitana de Belém (RMB) que, inevitavelmente, procuram os serviços do CTA, é desafiador.

Foi significativa a experiência de levar a equipe do CTA para dois dias de capacitação no HIAE. O planejamento em conjunto (gestão e equipe) foi importante para efetivar a execução das melhorias nos serviços. Foi gratificante o projeto piloto ser discutido, separando-se cada equipe para executar a matriz FOFA/SWOT, o que gerou uma participação mais inclusiva.

A elaboração do planejamento estratégico da matriz FOFA/SWOT permitiu a participação dos servidores com eles vendo-se em cada local do serviço. Os serviços foram vistos com seus benefícios e dificuldades, o que foi extremamente importante, pois boa parte das estratégias são voltadas para os consumidores finais dos serviços.

A segunda visita foi o momento de alinhar pendências, tirar duvidas e revisar o planejamento. Isso possibilitou os ajustes necessários para condução do projeto, com a equipe presencial e virtual alimentando a equipe do CTA-Belém.

Considerações finais: Tivemos várias dificuldades em mostrar à equipe a importância da participação do CTA-Belém no projeto. Mas essas dificuldades no processo fazem parte das mudanças na rotina dos serviços, o que cria resistência entre os servidores. Uma dessas barreiras é a possibilidade de descontinuidade do projeto, considerando que posteriormente serão retirados os equipamentos e o apoio, e a interrupção dos serviços criará insatisfação entre usuários. Envolver todos os atores - gestores, servidores, sociedade civil etc. - no projeto não foi tarefa fácil, considerando as especificidades de cada um. Mas as dificuldades foram se tornando oportunidades, na medida que cada um deu sua contribuição.

A inclusão de mais três atendimentos na carteira alterou a rotina dos serviços que ficou mais lenta e cansativa, principalmente para o usuário. Por isso, algumas vezes eles optam por não aguardar o resultado CT/NG.

Mas percebemos que oferecer os testes de CT/NG e o tratamento trouxe alento ao usuário e que a equipe percebeu a importância da inclusão de novas tecnologias na grade de exames. De cada 10 pacientes, 6 relatam algum sintoma característico. Todos os pacientes de PEP são orientados a realizarem o exame, mesmo sem sintomas aparentes, e com isso os usuários se sentem mais acolhidos e elogiam a atenção e eficiência do CTA.

Organizamos os usuários de forma prática, com orientação pela enfermeira, com conversa acolhedora e calma. No ato da consulta é anotado o contato do usuário para não perder a comunicação caso ele não possa realizar o exame no mesmo dia, ou não possa pegar o resultado, já que muitos optam por não aguardar o tempo de espera do resultado e voltam depois já para atendimento médico e início do tratamento.

Realizar experiência inovadora para melhorar a vida das pessoas é compensador. Ofertar o teste de 4ª geração para os usuários do SUS na rede pública é um avanço compensador da tecnologia e do saber científico que precisa ser valorizado. O usuário e SUS só têm a ganhar com a diminuição de resultados inconclusos. Avaliamos que os projetos pilotos bem-sucedidos no SUS devem tornar-se política pública efetiva.

Coari - AM, Instituto de Medicina Tropical de Coari

Autores: Célia Maria de Oliveira Lima (Diretora Geral); Dr. Franklin Simões (Médico Infectologista); Raicéia Lima da Silveira (Assistente Social); Maria Edneuzza de Oliveira Lima (Apoiadora Técnica); Alaertes Almeida de Oliveira (Coordenador de Laboratório); Laryssa Bianca Abreu da Costa (Enfermeira); Lauane Medeiros de Oliveira (Psicóloga); Adlério Lira de Góes (Farmacêutico/bioquímico).

Atores envolvidos no projeto: Diretores e coordenadores do IMTC, trabalhadores e representantes dos usuários.

Introdução: O Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA foi implantado no município de Coari no ano de 2005, onde eram realizadas apenas coletas para análise Sorológica de HIV e hepatites virais. O Programa de Prevenção e Controle das hepatites virais foi implantado oficialmente em Coari em novembro de 2010. O IMTC se tornou uma referência no atendimento as hepatites virais no município, com atendimento integral de portadores de hepatites virais desde a prevenção, imunização, exames diagnósticos, atendimento médico especializado, com ênfase na assistência integral de média complexidade, no nível de atenção primária e secundária (polo de aplicação de medicamentos), bem como no referenciamento dos doentes que necessitem de atenção terciária, para centros de referência em Manaus ou para serviços de transplante hepático fora do Estado (TFD).

No segundo semestre de 2011, o IMTC foi contemplado com novos equipamentos adquiridos através da parceria do Ministério da Saúde. Em 2013, essas aquisições, trouxeram modernidade e agilidade para o resultado de diagnóstico. Desta forma, as metas traçadas desde 2006 foram alcançadas com grande êxito. Em 2016, o IMTC firmou parceria com o Centro de Genomas, ficando este com a responsabilidade de realizar os exames de Genotipagem de HIV-1 do MS. Convênio com IMTC/SEMSA. Genotipagem convencional (protease e transcriptase reversa), GP41, Integrase e alça V3 GP120 (Maraviroque). Em 2019, o Instituto de Medicina Tropical de Coari deu continuidade às atividades desenvolvidas no que concerne à prevenção, diagnóstico e tratamento. Um grande marco deste ano foi o recebimento do equipamento completo GeneXpert® e dos testes Xpert HIV VL® e Xpert HCV VL® do MS para realização de CV de Hepatite C (HCV) e HIV, podendo ser ampliado para Hepatite B, tuberculose (TB), H₁N₁, meningite e vários outros exames de suma importância para diagnóstico e tratamento preciso. Em 2020, iniciou-se o serviço do Laboratório GeneXpert® com os exames de CV de HIV e HCV. No ano de 2021 houve a ampliação do Laboratório GeneXpert® para realização do teste molecular de tuberculose, neste período, o Instituto de Medicina Tropical de Coari passou a ser responsável pela realização dos exames de CV Rápida para HIV, HCV e teste molecular de tuberculose demandados pelas maternidades e hospitais dos municípios em torno de Coari (Tefé, Uarini, Alvarães, Codajás, Beruri, Anori e Anamá) seguindo todos os Procedimentos Operacionais Padrão. Em 2022, com uma nova ampliação, o CTA passou a realizar o exame de CV de HBV, sendo das maiores demandas de Coari e Municípios adjacentes.

O IMTC é uma unidade de abrangência municipal que atende os municípios do Médio Solimões, faz parte da rede municipal de saúde, trabalhando em paralelo com a rede estadual. O IMTC funciona em um prédio de quatro andares alocado pela Prefeitura Municipal de Coari. No térreo temos uma recepção central, consultório médico, sala de coleta do CTA, sala de vacinação, sala de recebimento de material para exame de TB, laboratório de malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas. No primeiro andar temos sala do programa municipal de tuberculose, dois consultórios de enfermagem, sala do programa municipal de hanseníase, farmácia, sala de medicação e consultório psicológico. No segundo andar temos sala da direção geral, sala de serviço social, sala de estatística, sala de monitoramento e sistema, almoxarifado e copa. No terceiro andar estão distribuídos os laboratórios de tuberculose, laboratório de CV (HIV, hepatites virais B e C), teste de sensibilidade para TB e multirresistência, sala do farmacêutico/bioquímico e sala de armazenamento de teste rápidos.

Atualmente o CTA Coari foi selecionado para participar do Projeto “Rede de Prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis” idealizado pelo Dathi/MS/SVS e executado pelo HIAE. A nossa expectativa é que seja realizado a ampliação do novo modelo, o que também vai exigir mais empenho e dedicação da Prefeitura Municipal de Coari (PMC), das entidades e órgãos parceiros, enfim, de toda população que busca um tratamento digno e de qualidade.

O IMTC vem ao longo do tempo desenvolvendo um serviço de excelência no concernente à prevenção, diagnóstico e tratamento aos municípios de Coari e, recentemente, aos municípios adjacentes; tais serviços são de suma importância, haja visto possibilitar o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento clínico, social e psicológico a uma grande parcela da população que, dificilmente, teria acesso a esses serviços, seja pela falta de informação, seja pelo perfil socioeconômico além de outros entraves que fazem parte dessa região brasileira.

Percurso no projeto: Em outubro de 2022, o IMTC foi convidado a participar do preenchimento do questionário “Censo CTA”, no qual foi realizada a inscrição e preenchimento do formulário e, por atender os requisitos possuir uma estrutura física e profissional (Equipe Multidisciplinar) para atender as necessidades e demanda existente, o IMTC foi selecionado para participar do projeto. O projeto conta com a coordenação da Equipe do Proadi-SUS CUIDA - CTA da qual fazem parte Roberta dos Santos Pereira (Einstein), Caroline Thomaz Pânico (Einstein); Roberta Sitnik (Einstein). Essa equipe vem prestando assessoria constante ao IMTC através de reuniões regulares e contatos frequentes para orientações e esclarecimento de dúvidas. Estiveram sempre disponíveis e acessíveis, em todas as fases do Projeto.

Em abril de 2023, tivemos a primeira reunião virtual, na qual foi apresentada a equipe técnica do CUIDA CTA e os municípios contemplado pelo projeto. Em 09/05/2023 participamos da segunda reunião online onde tivemos conhecimento dos objetivos, metodologias e cronograma das ações a serem realizadas. Nesta reunião foi apresentada a ferramenta FOFA e agendada a primeira visita técnica ao município, a qual foi realizada no período de 26 e 27 junho, onde foi tratado da Ferramenta FOFA/SWOT com a rede

pública de saúde municipal, buscando desta forma soluções para as dificuldades elencadas durante o estudo. A partir deste momento, iniciou-se um estudo reflexivo das situações em que elencávamos as forças e fraquezas e montávamos estratégias, sempre em busca de avançarmos para um atendimento de qualidade. Nos dias 24 de julho, 21 de agosto e 28 de setembro foram realizadas novas reuniões para acompanhamento e avaliação do plano de trabalho.

Em 14 de setembro de 2023, membros da equipe técnica do IMTC (Coordenador de Laboratório e uma técnica de laboratório do IMTC) participaram do treinamento realizado na Fundação de Vigilância em Saúde em Manaus, com as representantes do HIAE Dra. Caroline T. Panico e Dra. Denize Ornelas e um representante da empresa Cepheid®, com o tema: A participação no projeto piloto Teste Rápido molecular para diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, conduzido em paralelo ao Projeto “ Rede de Prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis”, técnicas de coletas e realização dos testes.

Ressaltamos que a equipe do Proadi-SUS se fez sempre presente, nos orientando na execução das ações, agindo como mediador para a resolução dos problemas junto aos gestores da rede assistencial da linha do cuidado ao HIV, IST e hepatites e tuberculose, apoio este fundamental para a concretização das ações planejadas.

Através da Matriz FOFA/SWOT pudemos realizar um planejamento estratégico dos serviços prestados no IMTC. Identificamos as fraquezas e ameaças, com isso, após alinhamento com a equipe tivemos alguns avanços, nos quais podemos citar:

- Readequação do prédio às PCD;
- Divulgação de ações de prevenção das ISTs nas redes sociais;
- Organização de insumos com planejamento prévio das ações;
- Inserção de equipes da atenção básica no Sisloglab e realização de T₂ HIV;
- Capacitação da equipe e uso dos autotestes de HIV;
- Elaboração de fluxos de atendimentos;
- Melhoria no Serviço de Internet para acesso ao Sistema (Parceria com a PMC);
- Ampliação do horário de atendimento nos laboratórios;
- Contratação de mais técnicos de laboratório e administrativos para atendimento a demanda existente.
- Avanço no processo de descentralização dos serviços junto as UBS e outros serviços da rede.

Em cada reunião percebemos que estamos evoluindo paulatinamente, a caminhada é árdua, mas satisfatória, muito ainda temos a galgar na busca de um atendimento integral e de excelência, mas as avaliações realizadas nos propiciam uma visão do quanto já avançamos e somos capazes de superar os obstáculos na busca de alcançarmos os objetivos e as metas traçadas.

Dentre as dificuldades encontradas podemos citar o acesso ao transporte terrestre e fluvial para alcançarmos a população ribeirinha e locais periféricos e de difícil acesso, assim como a busca ativa aos pacientes em abandono do tratamento. Outra dificuldade é

a ampliação da equipe profissional para atender a demanda existente, principalmente na zona rural do município.

Desta forma podemos afirmar que o CTA IMTC teve um grande avanço com esse novo modelo recentemente implantado pela Rede de Prevenção e Cuidados Integral de Doença de Condição Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que proporciona à nossa instituição incrementos em sua estrutura físico-organizacional e melhorias da sua funcionalidade e oferta ampliada de meios diagnósticos. Refletir sobre os nossos compromissos, habilidades e competências como uma unidade de saúde de média complexidade no meio da Amazônia (região do médio Solimões), através do processo de análise de situação com ferramentas de gestão da qualidade (Matriz FOFA/SWOT e planejamento estratégico), nos fez perceber a amplidão do que já realizamos com comprometimento e autoridade, nos impulsionando a “percorrer a trilha” da busca da excelência profissional e humanização na linha de prevenção e cuidados das ISTs do SUS.

Tefé - AM, CTA de Tefé

Autores: Patrizia Gonçalves de Araújo Pires – Coordenadora e Assistente Social; Jorge Henrique Rodrigues Caxeixa – Farmacêutico Bioquímico; Sandra Caroline P. Machado – Enfermeira; Katia Regia Frazão de Almeida – Técnica de Enfermagem; Aldemir Jânio S. Santos – Técnico de Biodiagnóstico; Elayne Karla do Nascimento Mattos – Psicóloga; Flaviane Gonçalves e Gonçalves – Técnica Administrativa.

Introdução: Desde 1998, o município de Tefé, por meio da Unidade Mista de Tefé (UMT), ao lidar com os primeiros casos de HIV/aids, tem buscado atender às demandas, garantindo acompanhamento clínico e acesso aos medicamentos antirretrovirais fornecidos pela Coordenação Estadual de IST/aids e hepatites virais, mais conhecida pela situação real da UMT, antigo nome do atual Hospital Regional de Tefé.

O Programa Municipal IST/aids e hepatites virais foi implementado em 2005, com o propósito de assegurar o direito de todos a um atendimento humanizado, acesso ao diagnóstico precoce para HIV, sífilis, hepatites virais e outros agravos de transmissão sexual, bem como acompanhamento e tratamento por profissionais qualificados. Tefé, sendo município polo na região do triângulo, atende cidades como Fonte Boa, Juruá, Alvarães, Maraã, Uarini e Japurá. O Centro de Testagem e Aconselhamento "CTA" não havia participado de nenhum projeto, pois este é o primeiro desde sua implantação no município de Tefé. Sua estrutura física está localizada no anexo da Unidade Básica de Saúde São Miguel, dividida em quatro salas: Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, Serviço de Atendimento Especializado - SAE, Unidade Dispensadora de Medicamentos e Laboratório do Centro de Testagem e Aconselhamento. A equipe multiprofissional é composta por médico clínico geral, técnico de patologia clínica, técnica de enfermagem, enfermeira, farmacêutico bioquímico, assistente social, técnica administrativa e psicóloga. Este serviço de saúde realiza ações de pré e pós-testagem rápida, prevenção das IST, aids e hepatites virais para a população em geral, demanda espontânea ou provocada, com ênfase em gestantes, casos diagnosticados de IST, usuários de drogas e vítimas de violência sexual ou acidente ocupacional.

Principais serviços ofertados:

- PEP;
- PrEP;
- Aconselhamento e Testagem rápida HIV, sífilis, hepatites B/C;
- Realização de coleta de amostras de exames como carga viral HIV (encaminhado ao Laboratório de Fundação Tropical Coari/AM), teste Rápido T-CD4 (laboratório CTA) Sorologias e Carga Viral de Hepatites B e C (estes encaminhados ao Laboratório da Fundação Medicina Tropical);
- Serviço de referência para atendimento e acompanhamento para os pacientes com HIV/aids e/ou hepatites;
- Início de Terapia Antirretroviral TARV, instituindo práticas e mecanismos para o aumento da adesão ao TARV, prevenção a infecções oportunista;
- Encaminhamento e facilidade ao acesso a outras especialidades médicas, onde no Município de Tefé possui Ginecologista, Neurologista, Ortopedista, Pediatra, Psiquiatra, dentre outros;
- Oferta da PEP, no CTA/SAE e Hospital Regional de Tefé, acompanhamento; PrEP no Centro de Testagem e Aconselhamento;
- Promoção de Campanhas de Testagem rápida; Capacitações para profissionais de saúde;
- Fornecimento de insumos de prevenção (preservativo interno e externo, material informativo, orientação ao tratamento precoce);
- Articulação e parceria com a rede de saúde, educação e organizações sociedade civil, pastoral da aids, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), instituições privadas, dentre outras, promovendo o acesso à informação e ações de adesão à TARV, outros, como também atingir grupos mais vulnerabilizadas à infecção e de difícil acesso;
- Desenvolvimento da Promoção de educação em saúde nas escolas municipais, estaduais, instituições privadas; população geral e vulnerabilizadas; usuários e familiares;
- Acompanhamento às gestantes com HIV, hepatites com o objetivo de reduzir a transmissão vertical e outras IST à população geral, utilizando-se o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde, em parceria também com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Rede Hospitalar/Maternidade;
- Acompanhamento e orientação às informações ao grupo de pessoas vivendo com HIV/aids, em parceria com a Caritas e Pastoral da aids, ação realizada um (1) sábado de cada mês;
- Priorização da atenção a pacientes coinfectados HIV/TB, HIV/HBV, exercitando práticas para o controle e aumento de adesão às terapias.

Percurso do Projeto: Após o programa ser contemplado para participar do projeto “Cuida CTA”, iniciamos o percurso para a elaboração da Matriz FOFA/SWOT, contando com o apoio das coordenações de Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Tuberculose e Laboratório Central, a fim de levantarmos questionamentos sobre nossas Forças, Fraquezas, Oportunidades e

Ameaças. Durante a visita técnica da equipe do Albert Einstein, Ministério da Saúde e Fundação de Vigilância em Saúde, conseguimos expressar as dificuldades em que o serviço se encontrava, oportunizando assim a criação do plano de ação. Tivemos também a participação dos profissionais de saúde, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, gerentes da unidade básica de saúde, instituições públicas e privadas e coordenações. A elaboração da Matriz nos permitiu reconhecer nossos pontos fracos e fortes, principalmente em relação à estrutura do Centro de Testagem e Aconselhamento, equipamentos e rede de apoio. Com relação à segunda visita técnica da equipe do Albert Einstein, foi bastante exitosa, pois conseguimos relatar as mudanças ocorridas no serviço, como a mudança para o novo prédio do Centro de Testagem e Aconselhamento, intensificamos ações de orientação às clínicas particulares sobre o fluxo de encaminhamento dos exames pertinentes ao CTA, matriciamento nas unidades básicas de saúde reforçando o fluxograma de IST/aids e hepatites virais. A equipe do Albert Einstein realizou duas capacitações de suma importância para a equipe do CTA, fornecendo ainda mais embasamento teórico, capacitando-nos para melhorar nossos serviços aos usuários.

Considerações Finais: O projeto nos impulsionou a reconhecer e buscar uma maneira de sanar as dificuldades, melhorando o serviço em relação ao espaço de atendimento. Recebemos uma nova estrutura e equipamentos para realizar novos exames, como Teste Rápido T CD4 e LF-LAM, que são de suma importância para o acompanhamento e monitoramento dos pacientes. Antes, as amostras eram enviadas para o município vizinho, e agora, com essa nova estrutura de laboratório mais equipado, podemos executar a coleta e obter o resultado em tempo hábil para iniciar a terapia com antirretroviral previamente. O projeto também contribuiu para a implantação da PrEP no Município, oportunizando mais capacitação para a equipe, prevenção e promoção à saúde.

Região Nordeste

Caruaru - PE, CTA Caruaru

Autores: Ingra Leite (Gerente Administrativo); Gisele Alves (Enfermeira).

Atores envolvidos no projeto: Equipe e gestão administrativa do CTA, Coordenação Municipal de ISTs, HIV/aids e hepatites virais, Apoio Institucional, Coordenação da Vigilância Epidemiológica, Coordenação da Vigilância Epidemiológica às ISTs, Coordenação da Saúde da Mulher na Atenção Básica, Coordenação da rede ambulatorial, Analista em Saúde Sanitária da IV Geres, Coordenação Estadual de Apoio Assistencial às ISTs, HIV/aids e HV, Coordenação Estadual de ISTs, HIV/aids e HV.

O CTA Caruaru foi inaugurado no dia 17 de abril de 1997 no mesmo endereço que funciona atualmente, a sua estrutura física é composta por: 1 Cômodo para estoque dos insumos; 1 Sala de espera; 1 Recepção; 1 Sala de coleta; 03 Salas de atendimentos individuais, sendo uma delas utilizada para reuniões; 01 Sala da Gerência e arquivo; 01 Espaço para digitação; 03 Banheiros; 01 Copa e 01 Almoxarifado.

A equipe do CTA é composta por 14 profissionais, sendo: 01 gerente, 01 psicóloga, 01 assistente social, 02 enfermeiras (sendo uma delas vinculada a Aids Healthcare Foundation - AHF), 01 médico infectologista, 01 técnica de laboratório, 04 auxiliares administrativo, 01 motorista, 01 porteiro e 01 auxiliar de serviços gerais. Os serviços ofertados pelo CTA integram atividades preventivas, assistenciais e de educação permanente em saúde; atendimento por demanda espontânea, não regulada pela NOA (Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral a Consultas Especializadas e Exames complementares), testagens rápidas para diagnóstico de HIV, sífilis, hepatites B e C; coleta de material para realização de VDRL quantitativo e outros exames de rotina; orientações/aconselhamento individuais e coletivos; distribuição de insumos de prevenção (preservativos internos e externos, gel lubrificante e autoteste para detecção do HIV); encaminhamento resolutivo de casos para os serviços de referência; treinamentos em testagem rápida e aconselhamento para outros profissionais da rede; seguimento da PEP (médico e equipe técnica); atendimentos de PrEP realizados pela enfermeira e médico; Ambulatório médico para atendimento da PrEP, PEP e ISTs e atividades com ações extramuros envolvendo testagem rápida e/ou educativas nas instituições, como FUNASE, CENIP, CASEM, CAPS AD e CAPS III, Centro POP, CRAS e CREAS, Programa Atitude (Intensivo, Apoio e Atitude nas Ruas), Escolas Municipais e Estaduais, SESC, SESI, além de empresas do setor privado (Escolas, Hospitais, Bares, Boates, Casas de Entretenimento Adulto, Reciclagem, Construção Civil), ações sociais das Igrejas, Terreiros, ONGs e redes de telecomunicações.

Sermos contemplados com o projeto “Cuida CTA”, foi um momento inenarrável tendo em vista que, dentre poucos CTA do Brasil fomos o único selecionado em Pernambuco. Um momento especial de reconhecimento dos esforços que vem sendo desenvolvidos pelas equipes do CTA que passaram pelo programa nestes últimos anos, superando os desafios diários, sociais, culturais, científicos e econômicos na perspectiva de crescimento institucional, como uma unidade de saúde de referência no estado e na região. As reuniões virtuais foram esclarecedoras para o processo de construção da matriz FOFA/SWOT, detalhando cada eixo que precisava ser contemplado, bem como a previsão de prazos para a execução do plano de trabalho. Destacamos ainda, o envolvimento e disponibilidade da equipe do HIAE e do apoio institucional, que ofereceram suporte durante todo o processo de trabalho. O próximo passo foi a construção da matriz FOFA/SWOT, sendo este, um momento desafiador para a equipe do CTA, uma vez que esta etapa exigiu a exposição das nossas fragilidades. Em contrapartida, tivemos o apoio da coordenação municipal das ISTs, HIV e hepatites virais e de um colegiado ampliado das ISTs em Caruaru, representado por componentes da Vigilância Epidemiológica, Atenção Básica, do Apoio Institucional, e pela participação de membros da Coordenação Estadual das ISTs, HIV e hepatites virais de Pernambuco, da IV Geres (Gerência Regional de Saúde), além de usuários do CTA. Cabe ressaltar que a relevância deste encontro junto com outros atores, mostrou que apesar das fraquezas elencadas, identificamos potencialidades que não eram percebidas pela equipe. Também ressaltamos que foi essencial a participação dos profissionais do programa estadual e as sugestões que deram com relação à metodologia de produção da matriz FOFA/SWOT, e todo apoio de seus membros para que a reunião acontecesse de forma mais produtiva possível, assim

como o apoio local, sendo a reunião de realização desta construção feita no auditório do SAMU ofertando estrutura suficiente e boa acolhida.

A primeira visita dos representantes do HIAE, Fiocruz e Ministério da Saúde ocorreu nos dias 03, 04 e 05/07/2023 para construção do plano de ação. O encontro presencial confirmou que as mudanças necessárias e preconizadas para a ampliação da carteira de serviços, abrangiam participações intersetoriais e apoio da gestão municipal para a concretização destas. Além disso, evidenciou que umas das ações prioritárias era o avanço nos atendimentos à PrEP, que no momento, havia fila de espera para o acesso à profilaxia. A construção do plano de ações pareceu uma avalanche de demandas e aos poucos fomos percebendo tudo que colocamos... em reuniões sequenciais do colegiado e entre CTA (Ingra), apoio institucional (Karla) e Coordenação Municipal (Eline), ficamos com a impressão de que não iríamos dar conta nem da metade das ações. De fato, precisamos elencar prioridades...

A segunda visita da equipe do HIAE ocorreu nos dias 19/10/2023 e 20/10/2023. Neste encontro contamos com, além dos representantes dos diversos setores já citados, com a participação de representantes da equipe do SAE Caruaru e da gerência deste SAE, possibilitando a demonstração da estreita relação que estamos realizando entre as equipes CTA/SAE e que muitas vezes na prática parecia não ser tão visível quanto realmente acontecia. Para este encontro, tínhamos a sensação de termos alcançado o mínimo de objetivos contemplados nos cinco eixos da matriz FOFA/SWOT. No entanto, foi um momento oportuno que nos possibilitou a percepção de avanços apontados pela própria equipe do HIAE, bem como foram enfáticos no reconhecimento do empenho dos profissionais. Outrossim, a capacitação corroborou o fortalecimento e a qualificação dos colaboradores do CTA e SAE, possibilitando melhorias no acolhimento e atendimento ao público.

No decorrer da execução do que foi proposto na matriz FOFA/SWOT, inclusive sobre a ampliação dos atendimentos à PrEP, fomos surpreendidos com a solicitação de desligamento da médica infectologista do quadro funcional do CTA, impactando diretamente no planejamento do aumento ao acesso à PrEP. Em contrapartida, tivemos o apoio da AHF (Aids Healthcare Foundation - que iniciou suas atividades junto ao SAE Caruaru desde setembro/2023) e disponibilizou uma enfermeira para o CTA, possibilitando o avanço nos atendimentos de PrEP, permitindo assim que a enfermeira do CTA fosse remanejada de outras atividades para o atendimento de PrEP. A nova profissional somou para a ampliação do horário de testagem e atendimentos de abordagem síndrômica. Sabendo que uma das nossas maiores necessidades, são a readequação da estrutura física ou até mesmo mudança de local e aumento de recursos humanos. Mesmo diante das necessidades e desafios o sentimento é de um avanço considerável, tendo em vista que tivemos um aumento de 80% dos atendimentos para novos usuários da PrEP quando comparado ao mesmo período do ano de 2022. Considerando que há um Decreto de Contingenciamento municipal (nº 070/2023) e uma portaria (GS nº 03 de 14/09/2023) que dispõe sobre medidas emergenciais de contingenciamento de gastos visando minimizar as despesas e procedimentos contábeis, orçamentários, financeiros e administrativos para fechamento do exercício de 2023, a gestão municipal está impossibilitada de realizar novas contratações para ampliação dos

serviços. Entretanto, existe a proposta pela prefeitura do nosso município da realização de concurso para o ano de 2024 para cobrir as lacunas dos profissionais e assim ampliar o serviço aos munícipes e população circunvizinha. Contudo, mesmo diante das dificuldades existentes que é de ciência da gestão e continua trabalhando para as devidas melhorias, contamos com equipes pequenas em número, mas dispostas a prestar um serviço de qualidade à população. Ficamos gratos pela oportunidade de crescimento e aprendizado em todo esse projeto e esperamos que ele continue, para que possamos ofertar o melhor para nossa população.

Pinheiro – MA, CTA Pinheiro

Autores: Equipe do CTA: Andreza Leticia Pimenta Ferraz - Enfermeira, Aurison Jorge Soares – Digitador, Halenny Karem Pinheiro da Silva – Psicólogo/ Coordenadora, Ivana Santos Vale – Médica, Kailla Louhanna Marques Anchieta – Enfermeira, Márcia Antônia Lima Campos – Téc. De Enfermagem, Nelma Santos Sodré – Recepcionista, Paula Talissa Araujo Ribeiro – Assistente Social, Paulo Vitor Costa Ferraz – Tec. de Análise Clínica, Rubens Cesar Ferreira Lopes – Motorista, Tassila Monise Dias Bahury – Farmacêutica, Terezinha Cunha Rabelo – Farmacêutica. Coordenadora da Atenção Básica: Flavia Eugenia. Secretário de Saúde: Frederico Lobato. Subsecretaria de Saúde: Denize Dias Pereira. Equipe técnica da SES: Tiago José Mendes Fernandes- Secretário de Estado da Saúde: Deborah Fernanda Campos da Silva Barbosa. Secretária Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde: Willian Vieira Ferreira. Superintendente de Atenção Primária em Saúde: Jocelia Frazão de Matos. Chefa do Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/SES-MA: Silvia Viana. Enfermeira Responsável técnica do Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/SES-MA: Maria Domingas P. Pereira. Técnica do Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/SES-MA: Ângela Maria Santos Carvalho. Técnica do Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/SESMA: Amparo Cardoso. Técnica do Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais/SES-MA: Eldimar Mourão.

Objetivo: Partimos do entendimento da complexidade subjacente à temática das IST, HIV/aids e hepatites virais, tanto em nível local quanto estadual e nacional. O Projeto de (Re)organização do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que envolve profissionais de diversas áreas e com habilidades específicas, contribui para a capacitação técnica, em múltiplos aspectos, da equipe interdisciplinar. O aspecto inovador e diferenciado reside no emprego da metodologia de análise da matriz FOFA/SWOT em cinco eixos temáticos, buscando ativamente a interprofissionalidade na área da saúde. Isso se dá pela identificação das barreiras/dificuldades, das forças e oportunidades na execução do trabalho em equipe, bem como no fortalecimento da cogestão, em esferas federal, estadual e municipal. Tais esforços visam estabelecer práticas colaborativas e intencionais para o cuidado (prevenção e assistência) direcionado às populações-chave e prioritárias diante da epidemia do HIV/aids/hepatites virais nos territórios em questão. A (re)organização do CTA, inserida na abordagem da Prevenção Combinada e nas Redes

de Atenção à Saúde, destaca o desafio inicial de atuar como articulador junto às unidades básicas de saúde. Esse papel busca promover a equidade e um acolhimento aos variados estilos de vida, sem marginalização, fortalecendo as respostas às IST, HIV/aids e hepatites virais, e procurando estabelecer conexões interdisciplinares. Nesse contexto, uma análise qualitativa da realidade local, abordando as vulnerabilidades, as violações dos Direitos Humanos e o estudo dos dados epidemiológicos locais, estão devidamente contemplados neste Projeto, exigindo a corresponsabilização de todos os envolvidos. Acreditamos que por meio de rodas de conversa, oficinas e formações oferecidas pela equipe da Secretaria de Estado da Saúde (SES), os conceitos, temas e termos relacionados à prevenção e assistência possam verdadeiramente adotar uma 'Abordagem Centrada na Pessoa', considerando suas necessidades e especificidades. Cada oficina/atividade, sem dúvida, contribuiu para redefinir práticas profissionais colaborativas, promovendo 'novas' habilidades para acolher o usuário, orientando-os na negociação e tomada de decisões para práticas sexuais seguras, com acesso aos métodos de prevenção combinada. Tudo isso baseado em diálogo e defesa dos Direitos Humanos de cada cidadão, enquanto potencializa a participação das Organizações da Sociedade Civil. Reconhecemos e testemunhamos o papel da SES-MA, por meio dos esforços dos líderes e técnicos do Departamento de Atenção às IST/HIV/aids/hepatites virais, que estão empenhados no suporte institucional. Que o CTA possa alcançar sua missão e os objetivos específicos delineados neste Projeto.

Introdução: Em meados de 2019, aconteceu a implantação do CTA, marcando o compromisso com a Política Nacional de DST e aids, permitindo a promoção do acesso da população pinheirense ao diagnóstico e à prevenção das IST na rede pública de saúde. Em um contexto de pouco conhecimento sobre a aids e de preconceito contra as pessoas afetadas, essa inovação permitiu uma dinâmica quanto às práticas de serviço, priorizando a forma anônima para a testagem rápida de HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis. Após alguns meses, contou com a instituição do SAE, concedendo melhor adesão ao tratamento e minimizando as dificuldades de traslado até a capital, viabilizando a realização do tratamento precoce. Durante sua abertura, foi instituído no prédio do Centro de Atendimento Ambulatorial do Município, contando com estrutura física de salas de divisórias pequenas, organizadas em recepção, sala de testagem, farmácia e coordenação. Dentre os profissionais para execução das atividades, havia a recepcionista, enfermeiro, farmacêutico, assistente social, psicólogo, médico e coordenador. O CTA/SAE surgiu como uma nova modalidade de serviço para o município, fortalecendo a estruturação para os órgãos de saúde municipais, propondo ações voltadas à assistência, incorporação de aconselhamento e à testagem, designando assim um modelo organizacional centrado em ampliar a percepção da população quanto aos exames sorológicos. Esta tentativa deliberou diversos desafios fortemente associados ao acesso físico, obtendo um acolhimento inapropriado e escassez de recursos para amparo do que realmente era preconizado pela política pública, impactando diretamente na qualidade assistencial e muitas vezes na visibilidade da população, por se tratar de um local com perceptíveis limitações. Em contrapartida, a SAE com a legítima necessidade de ampliação, devido à crescente demanda de usuários vivendo com HIV/aids no Município de Pinheiro e cidades

vizinhas. Ainda assim, identificou-se a grande transcendência do CTA/SAE e suas atividades, despertando um novo olhar da população, favorecendo o reconhecimento da importância de suas atribuições dentro da cidade. Isso motivou a equipe a exteriorizar ações, bem como ofertar promoção e prevenção para todos. Entendo que quanto mais houvesse a realização de testagens, previamente o paciente reconheceria sua sorologia e mais rapidamente teria acesso ao cuidado especializado.

Percurso no projeto: A priori, recebemos a informação através da Coordenação Estadual que o CTA Pinheiro havia sido escolhido dentre outros CTA para representar o Maranhão no PROJETO Cuida-CTA (Rede de Prevenção e cuidado integral de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis), que visa prioritariamente contribuir com a promoção da equidade, qualificação dos profissionais de saúde, integralidade da rede, melhoria de acesso e resolutividade das demandas da respectiva área e região. Desta forma, tornou-se possível proporcionar melhor resposta às necessidades dos usuários e também aumentar o diagnóstico, reduzindo o tempo de detecção e agilidade no tratamento, evitando assim casos de abandono. O projeto reuniu todas as esferas ligadas à saúde, Secretaria Municipal de Saúde, coordenações atreladas ao CTA, trabalhadores do CTA e trabalhadores com ligação direta e efetiva ao órgão, além de representantes da sociedade civil e a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. O intuito principal foi sensibilizar o máximo de pessoas sobre a magnitude e intenção do projeto, algo que se perpetuará na oferta de nossos serviços e não apenas ficará restrito enquanto o Cuida-CTA estiver em vigência. Ressalta-se que, de forma efetiva e com boas expectativas, o projeto foi bem aceito e a partir de então nossas atividades começaram a ser realizadas também levando como base este projeto. Diante disso, nossas reuniões começaram a ser realizadas com a equipe da SES. Após isso, o CTA de Pinheiro recebeu com muita honra a visita dos profissionais do HIAE, Ministério da Saúde e Fiocruz, entre outros órgãos, que nos forneceram todo o embasamento científico e propostas para melhoria dos nossos serviços ofertados e qualificação profissional. Além dos nossos contatos presenciais, tivemos reuniões virtuais semanais com todas as redes integradas. Cada reunião realizada nos deixava mais esperançosos e vigorosos com relação ao projeto e sua efetividade em todos os nossos serviços, visando sempre o bem-estar de nossos usuários. Por conseguinte, nesta visita também realizamos em conjunto o plano de ação do CTA, onde traçamos todas as metas e objetivos a serem alcançados, quais os meios e parcerias necessárias. Durante o preenchimento da MATRIZ FOFA/SWOT, relatamos nossas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças de nossa estrutura física, recursos humanos, ações de prevenção, diagnósticos, vigilância, sistemas de informação e redes de apoio. Através desta, mencionamos a nossa necessidade extrema de ampliação de nossa estrutura física e recursos humanos, e diversas outras metas foram abordadas sempre retornando ao principal intuito de ofertar o melhor sempre para os usuários do CTA. Além disso, proporcionar uma metodologia mais eficiente com toda a rede de saúde do nosso município promovendo uma melhor qualidade de atendimentos para nossos usuários, bem como uma maior integralidade com toda a rede de atenção básica, que se dá atualmente por 17 Unidades Básicas de Saúde. Seguindo ainda essa metodologia, a MATRIZ FOFA/SWOT nos ampliou como organizar tais ações e parcerias para um

melhor fluxograma permanente. Seguindo esta linha, em nossa segunda visita do Hospital Albert Einstein, recebemos os profissionais que trouxeram 02 capacitações exitosas acerca do mapeamento de território georreferenciamento e também acerca da PrEP e PEP, onde mais uma vez contou com a intersetorialidade de todas as coordenações municipais atreladas aos nossos serviços, bem como a participação de todos os profissionais do CTA/SAE e Coordenação da SES.

Considerações finais: As ampliações das políticas públicas de saúde voltadas para pacientes com HIV/aids e outras IST representam um desafio no campo de atuação dos CTA/SAE no cenário brasileiro. Apesar disso, é notório por parte dos serviços públicos de saúde a deliberação de mecanismos gerenciais e de vigilância epidemiológica descentralizados capazes de mediar uma resposta adequada a esse desafio. Fortalecendo assim, a implantação de programas e estratégias que sustentem e assegurem o exercício amplo do direito à saúde, como o projeto Cuida-CTA no município de Pinheiro, no estado do Maranhão. Através do projeto Cuida-CTA, uniram-se eixos das esferas municipal, estadual e federal para consolidar melhorias significativas, já perceptíveis através da adequação e ampliação física, capacitação dos profissionais, melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas com HIV/aids e outras IST; redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; aumento da cobertura do diagnóstico e tratamento das IST; redução do estigma e da discriminação; melhoria da gestão e sustentabilidade das ações; aumento da cobertura das ações de prevenção para populações vulnerabilizadas e população em geral, maquinários clínicos de alta complexidade e aumento da dispensação de antirretrovirais (PrEP e PEP), permitindo assim alcançar respostas positivas quanto ao paradigma das IST. A visibilidade profissional, quanto à institucionalização do projeto, permitiu agregar uma significativa experiência atrelada às adaptações, formações e desdobramentos que favoreceram o êxito durante este percurso. Entretanto, mudanças rotineiras arretaram barreiras internas que foram aos poucos desfeitas, cedendo espaço às vibrações calorosas em cada eixo do projeto contemplado. Como uma saudosa colaboradora menciona, “que orgulho desta equipe”, e foi esta equipe que externa gratidão por estarem vivenciando este momento único e histórico, de incentivo à luta contra as IST e na permanência dos princípios igualitários e no respeito à diversidade cultural, social, de gênero e étnica. Nossos mais sinceros agradecimentos a todos que participaram conosco desta árdua e gratificante jornada. Não poderíamos deixar de mencionar toda a equipe da Coordenação Estadual que nos apoiou de forma incansável, ofertando várias capacitações, nos ajudando em nosso crescimento profissional e, consequentemente, na qualidade dos atendimentos oferecidos para nossos usuários.

Salvador - BA, Centro Estadual de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP 1)

Autores: Leila Regina Amorim Araújo de Azevedo (Diretora Geral do CEDAP); Marília Soares de Andrade Oliveira (Gerente de Atenção à Saúde do CEDAP).

Atores envolvidos no projeto: Diretores e coordenadores do CEDAP, trabalhadores e representantes dos usuários.

Introdução: O CEDAP, foi inaugurado em 1994 como COAS (Centro de Orientação e Assistência Sorológica); em 1996 ganhou uma nova sede localizada no bairro do Garcia, onde permanece até a data atual e passa a ser chamado de DST/CTA (Centro de Referência em DST e Centro de Testagem Anônima). Em 2001, foi inaugurado CREAIDS (Centro de Referência Estadual de Aids) em prédio anexo na parte posterior da unidade com servidores e diretorias distintas. Em 2004, a Unidade instituiu a testagem rotineira para hepatites B e C. Em 2006, houve a fusão das duas unidades que a partir dessa data passou a responder para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) como uma só unidade. Em 2009, por solicitação das Organizações da Sociedade Civil e entendimento dos gestores da ocasião de que o nome CREAIDS remetia a um processo de preconceito e estigma dos seus usuários, houve a modificação do nome para CEDAP (Centro Estadual Especializado em Assistência, Diagnóstico e Pesquisa em IST, HIV/aids e hepatites virais). Em 2016, foi inaugurado a Ambulatório Multidisciplinar em Saúde de Travestis e Transsexuais CEDAP/SESAB, com o objetivo de criar um espaço de acolhimento a essa população que historicamente vem sendo excluída da sociedade e não encontra atendimento humanizado da rede de saúde como um todo. Esse ambulatório teve também como objetivo trabalhar as medidas preventivas para o HIV e outras IST. Com o mesmo objetivo preventivo, após participação como braço de Pesquisa do ImPrEP, em 2018, foi iniciado Ambulatório e PrEP, sendo o primeiro do estado da Bahia. Por fim, em 2020 foi inaugurado o CEDAP- Unidade o Fígado que funciona em prédio distinto, localizado no Engenho Velho de Brotas, que oferece atendimento especializado a pacientes com hepatites virais.

O CEDAP é uma Unidade de abrangência estadual, recebendo usuários da capital e das diversas cidades do Estado da Bahia. É o Centro de Referência para tratamento de casos complexos que não possam ser atendidos em Unidades básicas, seja na capital ou no interior. Faz parte da rede estadual/SESAB e trabalha em paralelo com a Coordenação de Coagravos da DIVEP ((Diretoria de Vigilância Epidemiológica). A unidade do Garcia possui área física de 2980 m² divididos em dois blocos. Bloco A para atendimento à IST, ambulatório trans e ações preventivas ao HIV e Bloco B voltada ao tratamento do HIV e doenças associadas. Possui 36 salas para atendimento multidisciplinar, dois consultórios odontológicos, sala para fisioterapia, brinquedoteca, sala de medicação, Hospital-dia com dois leitos para aplicação de medicações e observação, farmácia própria (UDM); laboratório, sala de Neurologia e Eletroneuromiografia, espaço para SIAST (medicina do trabalho) com sala de atendimento médico e de enfermagem para e servidor do CEDAP. Auditório com capacidade para 99 pessoas, sala de treinamento com capacidade para 40 pessoas, sala de terapias integrativas, CME próprio que atende às necessidades dos consultórios médicos, de Enfermagem; 02 consultórios odontológicos. CEDAP Unidade do Fígado Possui área de 520 m², quatro salas de atendimento multidisciplinar, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, farmácia, sala de Ultrassonografia e Elastografia Hepática; Sala de Reunião/Treinamento.

Percurso no projeto: O CEDAP foi indicado pela Coordenação de Coagravos, por entender a necessidade de estruturar melhor uma unidade para matricular toda a rede assistencial do interior de Estado e também da rede Municipal de Salvador. O projeto

conta com a coordenação da Equipe do Proadi-SUS CUIDA/CTA da qual fazem parte Roberta dos Santos Pereira (Einstein), Caroline Thomaz Panico (Einstein); Roberta Sitnik (Einstein). Essa equipe vem prestando assessoria constante ao CEDAP através de reuniões regulares e contatos frequentes para orientações e esclarecimento de dúvidas. Estiveram sempre disponíveis e acessíveis, em todas as fases do Projeto.

O Projeto teve início em abril de 2023, quando, através de reunião virtual foram descritos seus objetivos, metodologias e cronograma das ações a serem realizadas. A partir da adesão ao Projeto, iniciou-se no CEDAP um amplo estudo situacional da Unidade, identificando o seu posicionamento enquanto rede de atenção ao HIV/IST, hepatites virais e tuberculose no Estado da Bahia. Ressalto que esse estudo contou com a participação, não só da equipe gestora do CEDAP, mas sobretudo com dedicação de todas as coordenações envolvidas, que, antes mesmo da explanação para elas da metodologia a ser adotada, realizaram um profundo levantamento das fragilidades encontradas nos processos diários de trabalhos e o quanto essas dificuldades impactavam na qualidade da assistência prestada ao usuário, construindo uma planilha inicial onde já constavam as fragilidades que precisaríamos intervir.

Após a primeira oficina virtual, onde a Equipe do Proadi-SUS CUIDA/CTA orientou o passo-a-passo para a construção da matriz FOFA/SWOT, suas etapas e sugestões de métodos para organização, o processo ficou mais claro e a equipe do CEDAP realizou reuniões frequentes, conseguindo em tempo hábil, organizar nos cinco eixos da matriz (Estrutura, Promoção e Prevenção, Diagnóstico, Redes e Vigilância e Sistemas de informação) as nossas forças e fraquezas, as oportunidades e ameaças encontradas em toda a rede. Nessa construção da matriz foram envolvidos também representantes dos usuários do serviço, ampliando a visão de como os processos chegam ao paciente e as dificuldades enfrentadas por eles. No período de 22 a 24 de maio de 2023 ocorreu a primeira oficina presencial no CEDAP com ao objetivo de, a partir da Matriz FOFA/SWOT, construir o Plano de Trabalho que foi o ponto de partida para iniciar os processos de melhorias. Aqui estiveram presentes a equipe do Proadi-SUS CUIDA/CTA, representante do Dathi/SVSA/MS e representante do Programa Nacional de tuberculose. Nessa oficina houve a participação do CEDAP, representantes da DIVEP, representantes da Diretoria de Gestão da Rede Própria da SESAB (DGGUP); representantes do LACEM; Representantes do Programa de tuberculose do Município de Salvador; representantes dos SAEs municipais de Salvador e representantes dos usuários. Nesse momento foi traçado um plano de ação com definição de papéis e prazos a serem trabalhados. Como resultado desse encontro foi construído um Plano de Trabalho que conta de 351 ações que estão sendo executadas. Esse plano de trabalho é um excelente instrumento de gestão, visto que nele estão contemplados todos os problemas enfrentados pelo serviço no que tange a processos internos e entraves encontrados na rede assistencial externa.

Em 23 a 25 de outubro ocorreu o segundo encontro presencial no CEDAP, dessa vez contando com representantes mais expressivos da gestão da Rede Municipal de Salvador e dos outros órgãos envolvidos na linha de cuidado do HIV e outras IST. Nessa reunião foi fundamental a intermediação da equipe do Proadi-SUS e do Dathi/SVSA/MS, definindo os papéis de cada instância de gestão, esclarecendo as responsabilidades de cada um no processo de resolução das ameaças levantadas na Matriz, já que nela estão

contemplados os principais nós críticos de toda a rede assistencial relacionada, e não só do CEDAP.

Durante todo o tempo, a equipe do Proadi-SUS auxiliou na execução das ações, intermediando discussões com gestores e outros atores da rede assistencial da linha do cuidado ao HIV, IST e hepatites e tuberculose, sendo fundamental na concretização de soluções para problemas que há tempos já vinham sendo sinalizadas às instâncias superiores, assim como na tentativa de resolução de problemas que foram identificados durante o próprio processo diagnóstico que o Projeto gerou.

Como resultados mais expressivos, entre outros, podemos citar:

- Criação de um Grupo de Trabalho da SESAB, para otimizar a descentralização da assistência a essas infecções no Estado da Bahia;
- A DIVEP promoveu o Encontro das Coordenações dos SAE do interior e gestores de Saúde dos municípios contemplados com incentivos pelo Programa Federal, onde foram reafirmadas as responsabilidades em estruturar as unidades com profissionais especializados para o atendimento;
- Iniciado processo de reestruturação da rede dos SAEs do Município de Salvador com a contratação de especialistas para assumir a população de Salvador que até então estavam em sua maioria sendo assistido no nosso centro provocando superlotação e desvirtuando o papel do centro de Referência.
- Autorização para contratação de mais médicos infectologistas para atuarem na assistência do CEDAP para atendimento da demanda reprimida.
- Alinhado o encaminhamento dos pacientes do CEDAP para realização de exames de imagem (Tomografia) no Instituto Couto Maia, Hospital da rede Estadual. Iniciado também processos para pactuação de exames a serem realizados nas Policlínicas.
- Contratação de médico Psiquiatra e Endocrinologista para atendimento dos pacientes dos Ambulatórios de Virologia (HIV e hepatites) e do Ambulatório Multidisciplinar para travestis e transexuais.
- Concessão de GeneXpert® -para realização no próprio CEDAP de identificação molecular de CT-NG; iniciado em 01 de novembro desse ano. Resultados estão sendo alimentados no REDCap
- Participação do CEDAP no processo de validação do TR de 4ª geração.
- Pactuado o ICOM (Instituto Couto Maia) como Hospital de retaguarda em caso de pacientes do CEDAP que cheguem na Unidade com indicação de internamento.
- Autorizada a aquisição de medicamentos fundamentais no climatério como TH, tratamento osteoporose e terapia hormonal para usuários do Ambulatório trans.
- Realizado pelo CEDAP em outubro/2023 o Curso de Manejo Básico ao HIV, oferecido aos SAE dos Municípios da Região Metropolitana de Salvador.
- Construção do conteúdo programático ao Curso Avançado para o Manejo do HIV que acontecerá no primeiro semestre de 2024 para capacitação de toda a rede de SAE do estado da Bahia.
- Iniciado Projeto de implantação do TELECEDAP que será criado com o objetivo de apoiar e matriciar toda a rede do Estado

- Otimizada a busca ativa de crianças expostas e infectadas que estão em abandono de acompanhamento e/ou tratamento.
- Liberada a ampliação de carga horária de diversos profissionais da assistência
- Remoção de médica para o CEDAP para implantação do Serviço de Ultrassonografia no CEDAP.

A principal dificuldade encontrada ainda tem sido concretizar a descentralização da assistência, por tratar-se de um Estado que possui ainda muitas fragilidades na Rede Básica e na Atenção Especializada de diversos municípios. No entanto, percebemos uma movimentação positiva no sentido da estruturação dessa rede.

Outra dificuldade ainda é o monitoramento dos pacientes detectáveis e pacientes em abandono por déficit de equipe assistencial, porém estamos em processo de ampliação da equipe.

Reconhecemos que ainda temos um longo caminho a seguir para concluirmos todas as ações traçadas, no entanto chamou a atenção a velocidade de resolução de muitos problemas identificados em fluxos internos e em pactuações com a rede estadual e municipal. Esse resultado foi possível pela dedicação de toda equipe do CEDAP que vem acreditando na perspectiva de melhorias, mas sem dúvida, a condução da equipe do Proadi-SUS foi imprescindível para organização e sistematização das inúmeras ações que compõem o nosso Plano de trabalho.

Região Centro-Oeste

Cuiabá - MT, SAE Grande Terceiro

Autores: Marcia Aparecida Quatti - Coordenadora do SAE/CTA; Rafaela Batista dos Santos - Responsável Técnica da Enfermagem; Fabiana Arruda – Enfermeira; Mariella Padilha - Coordenadora do Programa ISTAIDS e Hepatites Virais.

Atores envolvidos no projeto: Gestão do CTA e trabalhadores.

Introdução: Historicamente o Serviço de Assistência Especializada HIV/aids/IST e hepatites virais, de Cuiabá (SAE/CTA Cuiabá), foi inaugurado no final da década de 90 (09/1998), sua primeira instalação situava-se na Avenida- Miguel Sutil, bairro Jardim Paulista. Em 2004 o SAE Cuiabá mudou-se para Avenida Filinto Muller nº 1660, bairro Quilombo, no ano de 2006 mudou-se novamente, para rua Alberto de Oliveira s/n, bairro Santa Cruz. Sempre em imóvel locado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. Em outubro de 2008, inaugura-se sede própria do SAE Cuiabá, que funciona até os dias atuais, na Rua - Rio Pirain, s/nº, no bairro - Grande Terceiro. Por ser um imóvel de construção antiga, em 2012 a estrutura predial passou por reforma física, com melhor adequação do espaço interno.

Situado na regional Leste desta capital, o SAE/CTA compreende o nível Secundário de Atenção à Saúde, no entanto acolhe as demandas espontâneas e ou referenciadas dos três níveis de atenção à Saúde (primária, secundária e terciária), bem como de outros municípios e mesmo outros estados brasileiros. Em relação à estrutura física atual, o

SAE/CTA Grande Terceiro funciona no bairro Grande Terceiro, em anexo ao Centro de Saúde do Grande Terceiro. Tal prédio é utilizado pelo serviço há aproximadamente 15 anos. Atualmente o SAE/CTA Grande Terceiro possui a seguinte distribuição de salas:

- 1 (uma) sala com presença de balcão para recepção dos usuários. Este balcão delimita o espaço para permanência de três recepcionistas. Todo o serviço realizado por este setor é feito manual/fisicamente.
- 2 (duas) salas de arquivo: salas que abrigam/guardam todos os prontuários de pacientes que são cadastrados no serviço. Atualmente temos cerca de 5600 prontuários físicos nestes ambientes (aproximadamente 4500 prontuários de portadores de HIV, 700 prontuários de portadores de hepatites virais, 400 prontuários de pessoas utilizando PrEP – profilaxia de pré-exposição ao vírus HIV).
- 1 (uma) sala de recepção do laboratório: neste setor é agendada a coleta de amostras laboratoriais.
- 1 (uma) sala de coleta de amostras laboratoriais: abriga três cadeiras para coleta, um armário/balcão para guarda de materiais para execução de coletas e apoio de amostras coletadas, uma geladeira para guarda de amostras com esta necessidade, uma centrífuga.
- 1 (uma) sala de espera; 1 (uma) sala que abriga o serviço de pré-consulta, administração de medicamentos e procedimentos; 1 (uma) sala/consultório de enfermagem; 1 (uma) sala/consultório de psicologia; 1 (uma) sala/consultório de nutrição; 1 (uma) sala/consultório de assistência social;
- Consultórios clínicos: o SAE conta com 3 consultórios clínicos. Atualmente o SAE conta com 04 profissionais médicos para atendimento especializado.
- 1 (uma) sala/Farmácia: abriga tanto o estoque da farmácia e três mesas com computadores para realização da farmácia clínica.
- 2 banheiros, com 1 sanitário cada para uso de funcionários e 2 banheiros, com 1 sanitário cada para uso de pacientes.

São serviços oferecidos na unidade: Acolhimento; Aconselhamento/ Teste rápido (HIV, sífilis, hepatites B e C); Orientação quanto a redução de danos; Dispensação de medicamentos às PVHA, portadores de IST e hepatites virais crônicas; Oferta de insumos de prevenção (preservativos feminino, masculino e gel lubrificante); Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); Profilaxia Pós-Exposição (PEP); Cuidado contínuo às PVHA, portadores de IST e hepatites virais; Manejo clínico de IST; Prevenção da Transmissão Vertical (HIV e sífilis); Vigilância e notificações de agravos; Educação em saúde individual; Planejamento familiar e reprodutivo; Disponibilização de material educativo e informativo; Coleta de exames laboratoriais e Acompanhamento de coinfeções (Tuberculose e tuberculose latente);

Para oferta de tais serviços e considerando a rede de assistência à saúde de Cuiabá, o SAE/CTA segue o seguinte fluxo de atendimento:

- Para usuários cadastrados, ou seja, pessoas sabidamente vivendo com HIV ou pessoas com diagnóstico de hepatites virais crônicas, o acesso às consultas médicas especializadas, consulta psicológica e coleta de exames laboratoriais é

ofertada por agendamento prévio; demais serviços são ofertados por demanda espontânea.

- Para usuários não cadastrados, ou seja, aqueles que farão uso do serviço pela primeira vez, demanda espontânea, serão avaliados, impreterivelmente, pelo serviço da enfermagem: a enfermagem avaliará toda a necessidade do usuário não cadastrado dentro do serviço especializado, conduzindo/realizando o cadastro e/ou coleta de exames laboratoriais para avaliação de sorologias ou aconselhamento/testes rápidos e/ou avaliação de ISTs e/ou agendamento de consulta especializada e/ou consulta multiprofissional e/ou redirecionamento deste usuário RAS, sempre considerando os protocolos clínicos vigentes.

Em relação aos recursos humanos o SAE/CTA conta com uma equipe multiprofissional de médicos infectologistas, ginecologista, farmacêuticos, psicóloga, nutricionista, serviço social, recepcionista, técnico de enfermagem, técnico de laboratório, vigilantes e serviços gerais.

Percurso no Projeto: O serviço recebeu a indicação de forma positiva no que tange a organização dos serviços para atender as necessidades do usuário. Atualmente o SAE/CTA é o serviço de referência do Município de Cuiabá com maior número de pacientes. O momento resgatou a interação entre a equipe do serviço juntamente com a Coordenação do Programa Municipal e outros setores da saúde.

O primeiro contato da equipe do serviço com a equipe HIAE foi durante a visita ao SAE/CTA. Atualmente a estrutura da unidade encontra-se precária, o que deixou a equipe constrangida na apresentação. Houve a participação de todos os trabalhadores, equipe do Programa Municipal e Estadual onde foram relatados os processos de trabalho. Após a visita foram agendadas reuniões para construção da Matriz FOFA/SWOT com a participação da equipe do SAE/CTA, Coordenação Municipal e Estadual. Foi definido cronograma para as reuniões com a equipe do Einstein mensalmente. Durante a construção da Matriz FOFA/SWOT foram discutidos os principais nós críticos do serviço. A segunda visita foi muito esperada por toda equipe. A integração entre a equipe do Einstein e do serviço foi fundamental para que conseguíssemos caminhar nas metas propostas. A capacitação contemplou os diversos setores da unidade, a vivência de cada profissional no cuidado ao paciente. A troca de experiências foi muito satisfatória.

Considerações finais: O SAE/CTA é referência no atendimento das pessoas vivendo com HIV/aids e outras IST no Município de Cuiabá, com profissionais competentes, ambiente acolhedor que apesar da sua estrutura precária possui um atendimento de excelência. Pode-se dizer que o objetivo do projeto foi alcançado, houve uma integração com a equipe HIAE à primeira vista, o compartilhamento das experiências permitiu aos envolvidos repensarem nas práticas em serviço e assim trabalhar de forma integrada. Foi um grande aprendizado para toda equipe e trará benefícios para população atendida pela unidade.

Uma das maiores dificuldades encontradas foi a falta de articulação entre o serviço e outras instancias da saúde e a ineficácia dos fluxos intersetoriais da rede. A vivência do projeto permitiu desenvolver um processo de ação-reflexão das atividades assistenciais

exercidas pelos profissionais sendo um exemplo do trabalho efetivo da equipe HIAE em conjunto com os atores do território, visando produzir mudanças nas práticas de gestão e assistência na busca de melhores resultados.

Goiânia - GO, Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica

Autores: Dinamércia Azevedo - Coordenadora do CRDT e Enfermeira, Gislaine Gonzaga Guimarães Arriel - Enfermeira, João Victor Soares Coriolano Coutinho - Médico Infectologista.

Atores envolvidos no projeto: Durval Ferreira Fonseca Pedroso (Secretário de Saúde no início do projeto), Wilson Modesto Pollara (Secretário de Saúde), Cynara Mathias Costa (Superintendente de Gestão de Redes de Atenção à Saúde), Yves Mauro Fernandes Ternes (Superintendente de Vigilância em Saúde), Janaynna Rodrigues Pereira (Diretora de Atenção Secundária e Urgência e Emergência), Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli (Diretora de Apoio Logístico e Assistencial), Marília Belmira de Castro Rego (Diretora de Vigilância Epidemiológica), Alessandra Leonardo (Diretora de Atenção Primária e Promoção da Saúde), Camila Batista Silva (Gerente de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis), Dayana Pereira Faria (Gerente de Atenção Especializada), Roberto Vaz de Abreu (Gerente de Atenção a Populações Específicas), Luciana Alves Pereira Moreira (Gerente de Assistência Farmacêutica), Gislaine Gonzaga Guimarães Arriel (Enfermeira CTA), João Victor Soares Coriolano Coutinho (Médico Infectologista CTA), Dinamércia Azevedo (Coordenadora CTA), Leila Aparecida Cardoso Pereira (Psicóloga CTA), Marcella de Paula Almeida (Psicóloga CTA), Cátia Pereira da Silva Almeida (Assistente Social CTA), Esther Alves Santana (Enfermeira CTA), Eduardo Borges do Carmo (Psicólogo CTA), Jane Martins Silveira (Assistente Social CTA), Karla Bianca Pereira (Técnica em Enfermagem CTA), Taiguara Fraga Guimarães (Médico Infectologista CTA), Juliana Teotônio Mota Sousa (Farmacêutica CTA), Tâmara Sousa Oliveira (Biomédica CTA), Cristiany Beatriz Santos (Usuária CTA) e Rafael Pereira Vaz (Usuário CTA).

Introdução: Em 1999, o Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT) é inaugurado em Goiânia, e, anexo a ele, o CTA. O CTA nasce fundamentado na ampliação do acesso aos exames sorológicos para IST, principalmente HIV. Na ocasião, a estrutura física estava localizada próxima ao terminal rodoviário de Goiânia, área provida de transporte público abundante, acesso fácil e rápido. Em 2012, acontece a inauguração e municipalização do SAE no CRDT, o que contribuiu para ampliação da carteira de serviço do CTA. Em 2018, por questões políticas ligadas ao espaço físico, o CRDT é retirado da localização supracitada e os serviços e profissionais são realocados e divididos em múltiplos espaços do serviço de saúde municipal. Oportunamente, o CTA/SAE, juntamente com a farmácia e laboratório, foram transferidos para o Cais Novo Mundo na região Leste de Goiânia. Em 2019, o CRDT ganha novo prédio, no entanto, com espaço físico menor ao tamanho do original e com acesso mais difícil para a população em geral. O prédio atual tem dois andares, sendo que no térreo há uma recepção central, farmácia, sala de curativo de feridas crônicas, e consultórios de especialidades. No primeiro andar,

está a direção, o departamento de recursos humanos (RH) e mais consultórios de especialidades. O segundo andar é ocupado pelo CTA/SAE, laboratório e especialistas que atendem diabéticos tipo 1 que precisam de bomba de insulina. Em relação ao RH, o CTA/SAE conta com 09 médicos infectologistas, 3 enfermeiras, 2 assistentes sociais, 3 psicólogos e 3 recepcionistas. O número total de profissionais se divide em 2 turnos: matutino e vespertino. Dessa forma, se garante o atendimento das 7 às 19 horas. Não há atendimentos em horários e ou dias alternativos como período noturno, finais de semana e/ou feriados.

Percurso do Projeto: Nosso CTA entrou em contato pela primeira vez com o projeto Cuida-CTA Proadi-SUS por meio de um e-mail direcionado a nossa coordenadora, o qual continha como informações o objetivo do projeto e um formulário com perguntas pertinentes à estrutura física do CTA, serviços ofertados, fluxos em vigor e outros. Este questionário serviu como base para seleção e permitiu ao serviço entrar no projeto, juntamente com outros 13 CTA do Brasil. Os colaboradores do CTA foram envolvidos já nessa etapa, respondendo junto com a coordenadora os questionários. Posteriormente, quando já havíamos sido selecionados, sucedeu-se o envolvimento dos gestores municipais.

Houve então, uma primeira reunião com a equipe do projeto, representados pela Monitora de Pesquisa Clínica do grupo Albert Einstein MSc Raquel Queiroz de Araújo e a médica Dra. Caroline Thomaz Panico responsável por coordenar o projeto em nosso CTA (o encontro aconteceu de forma online). O objetivo dessa primeira reunião era conhecer o serviço por meio de uma apresentação de Slides que foi organizada com os seguintes tópicos: História do CTA, Desafios e Dificuldades enfrentados, Fluxogramas de Atendimento, Equipe, Dados de Produção e a Estrutura do prédio onde funciona o serviço.

Estavam presentes da reunião, representando o CTA: Yves Mauro Temes (Superintendente de Vigilância em Saúde), Marília Belmira de Castro Rêgo (Diretora de Vigilância Epidemiológica), Camila Batista (Gerente de Doenças e Agravos Transmissíveis), Dinamácia Arantes Azevedo (Coordenadora Geral do CRDT), Dayana Pereira Faria (Gerente de Atenção Especializada), Gislaine Gonzaga Guimarães Arriel (Enfermeira do CRDT/CTA/SAE) e João Victor Soares Coriolano Coutinho (Médico Infectologista do CRDT/CTA/SAE).

Inicialmente, as representantes do projeto Proadi – SUS Cuida-CTA, se apresentaram, falaram sobre os objetivos do projeto e esclareceram dúvidas gerais dos representantes do CTA Goiânia. Em um segundo momento, houve a apresentação dos tópicos listados anteriormente por meio de Slides e as representantes do projeto puderam tirar dúvidas e reajustar as respostas que foram concedidas anteriormente no questionário de seleção. Percebemos com esse encontro que todos puderam conhecer melhor e se inteirar sobre o CRDT/CTA/SAE e uma aproximação dos gestores aos assuntos pertinentes ao serviço.

Após essa primeira reunião a coordenadora apresentou aos servidores do CTA e aos gestores a matriz FOFA/SWOT, a qual tem como objetivo listar as forças, oportunidades, fraquezas e as ameaças ao serviço percebidas por esses autores. Foi ofertado aos servidores do CTA um bloco de anotações, fornecido pelo projeto, para listar: as forças,

oportunidades, fraquezas e ameaças percebidas por eles e relacionadas ao CTA. Uma matriz em Excel® foi compartilhada no e-mail dos servidores e em comum, possibilitando que elencar cada um dos componentes da matriz por cada servidor. Na ocasião, observamos que alguns servidores se sentiram animados e foram ativos na produção da matriz, reconhecendo as forças do serviço e as oportunidades.

As ameaças e fraquezas listadas pelos servidores foram comuns e se direcionaram prioritariamente à estrutura predial, às dificuldades enfrentadas pelos usuários em relação ao sigilo, acolhimento, acesso físico ao serviço e superlotação, falta de ações extramuros e uma distância entre os gestores municipais e as problemáticas enfrentadas pelo serviço.

Primeira visita presencial Cuida-CTA - 12/6, 13/06 e 14/06 de 2023: O primeiro contato presencial entre a equipe do projeto Proadi – SUS Cuida-CTA, aconteceu no dia 12 de junho de 2023. A equipe foi ao prédio onde funciona o CTA e teve um primeiro contato com os fluxos do serviço, a estrutura física e com os colaboradores.

No dia seguinte, foi organizado então pela gestão municipal um encontro nas dependências do Hospital e Maternidade do Estado. Houve uma abertura dos trabalhos por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, comandados pelo secretário de saúde municipal Durval Ferreira Fonseca Pedroso e Cynara Mathias Costa (Superintendente de Gestão de Redes de Atenção à Saúde), os quais agradeceram a presença da equipe do projeto e deram boas-vindas. Em seguida, a palavra foi dada à médica do projeto Dra. Caroline Thomaz Panico que fez uma breve apresentação do projeto aos presentes e posteriormente passou a palavra para a Monitora de Pesquisa Clínica do grupo Albert Einstein, Raquel Queiroz de Araújo fez uma apresentação focando nos componentes básicos da carteira de um CTA e revisitando os conceitos que o define. Ressalta que aquela era uma carteira básica e que não impedia a aquisição de novos serviços.

Foi feita então a apresentação da Matriz FOFA/SWOT que foi construída pelos colaboradores do CTA e os gestores municipais pelo médico Dr. João Victor S. C. Coutinho. Durante a apresentação foi então reconhecida: as forças, oportunidades, fraquezas e ameaças que o serviço enfrentava pelos presentes. A Palavra voltou à Monitora, Raquel Queiroz de Araújo e a coordenadora do projeto Dra. Caroline Thomaz Panico que iniciaram o plano de ação focado em cada item listado na matriz apresentada, discutindo como resolver cada item e estabelecendo prazos para essa resolução.

Para auxiliá-las na condução do plano de ação estavam presentes compondo a equipe do projeto: uma psicológica, uma assistente social e uma biomédica que discutiam as problemáticas e ofereciam soluções aos gestores e aos colaboradores. Nesse momento, foi percebido que as principais ameaças e fraquezas do serviço se encontrava na estrutura do prédio em que se encontra o CTA e na ausência de RH para realizar as demandas do serviço. Os colaboradores ressaltaram que o CTA divide espaço com serviço de insulina ofertado aos pacientes diabéticos do município e que isso impacta nas condições em que se encontra a recepção do local- muito pequena e sem privacidade, comprometendo o atendimento aos usuários do CTA e superlotando o serviço. A gestão então propôs como plano de ação mudar o serviço de insulina de local e deixar o prédio apenas para os serviços do CTA, com prazo de acontecer essa mudança até metade do ano de 2024.

Além disso, os usuários do CTA que estavam presentes discutiram que era necessário haver essa mudança, pois sentiam esse comprometimento importante em seus atendimentos, se sentiam expostos em longas filas e constrangidos quando tinham que falar na frente de todos o motivo pelo qual estava lá na recepção. Os colaboradores ressaltaram que no momento o CTA necessita de RH, principalmente para atuação no laboratório, onde acontece a coleta de carga viral de paciente portadores de HIV do município, estado e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG), além da realização de testes rápidos por demanda espontânea para IST, ocorrendo uma sobrecarga de serviço aos funcionários do laboratório e impossibilitando haver novos fluxos de coleta de exames para Clamídia/Gonococo e o IGRA (Teste de Liberação de Interferon-Gama). Os gestores ficaram então responsáveis por alocar novos funcionários para a recepção e laboratório com o intuito de suprir as necessidades do serviço como também pactuar com a esfera Estadual e Federal que seus pacientes portadores de HIV possam coletar os exames no local onde acontece seus atendimentos. Assim o plano de ação foi construído nos dois dias de encontro entre gestores, colaboradores e usuários do serviço e estipulado prazo para realização das ações propostas.

Segunda visita presencial Cuida-CTA/Proadi-SUS - 30/10 a 01/11 de 2023: Do dia 30/10 a 01/11 de 2023, representantes do CTA Goiânia participaram da segunda visita presencial da equipe do HIAE – SP. Em momentos alternados, representantes do Apoio e Diagnóstico do Município, Vigilância Epidemiológica, Gerência de Apoio Farmacêutico e Gerência de Atenção Especializada, estiveram presentes. Com o objetivo de acompanhar o andamento do Plano de trabalho proposto na primeira visita, o encontro foi dividido em 4 períodos, sendo uma tarde no dia 30/10; manhã e tarde no dia 31/10 e manhã do dia 01/11.

O primeiro dia (30/10) foi marcado pela apresentação dos encaminhamentos dados ao Plano de trabalho. Na oportunidade, foi reconhecido os avanços importantes que já vêm impactando positivamente o serviço, como implantação de um fluxo para realização de exame para Clamídia e Gonococo de pacientes sintomáticos e com diagnóstico recente de HIV/aids, início da coleta para realização do IGRA de nossos pacientes, pactuação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) para que a coleta de Carga Viral (CV) e Linfócitos T CD4 dos pacientes provenientes do Hospital Estadual de Doenças Tropicais ocorra no próprio local de atendimento do paciente e não no CRDT, diminuindo assim o fluxo de pacientes em nosso serviço e possibilitando a incorporação de novos serviços e participação no projeto para realização de teste rápido de quarta geração para o diagnóstico do HIV.

O segundo dia (31/10), junto com representantes técnicos do laboratório do CRDT matutino e vespertino, participamos da Capacitação em Diagnóstico da Infecção pelo HIV, hepatites B e C, e sífilis, tema pactuado previamente conforme solicitação da equipe técnica do CTA. Apesar de estar inserida no serviço rotineiro, reconhecemos a necessidade de adaptações técnicas em favor das boas práticas, como sugerem os fluxogramas do Ministério da Saúde. Já no terceiro dia (01/11), o CTA apresentou o fluxo interno para realização do teste rápido de HIV de quarta geração, no qual somos projeto-piloto. Na oportunidade, evidenciou-se que todos os clientes/pacientes que

procuram o CTA Goiânia por demanda espontânea, queixas genitais e/ou consulta PrEP são aconselhados, inicialmente, pela triagem para ISTs e, posteriormente, são submetidos ao teste de quarta geração. Para tanto, profissionais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, foram capacitados para registrar os resultados no sistema específico no projeto piloto REDCap.

Considerações Finais: O projeto nos trouxe a oportunidade de conhecer a história do nosso serviço, possibilitando uma aproximação entre usuários, gestores e colaboradores. Juntos, reconhecemos a força e as oportunidades que temos como também as fraquezas e as ameaças. Questões relativas à estrutura do local e a contratação de novos colaboradores ainda se encontra no prazo de execução pela gestão. Mas, percebemos melhorias locais como: mudança no fluxo e quantitativo de pacientes para coleta de carga viral em nosso serviço, implantação da coleta de IGRA para diagnóstico de ILTB, implantação da coleta de amostras para exame de Clamídia e Gonococo, maior conhecimento e envolvimento dos usuários com as problemáticas do serviço e resgate das ações extramuros que voltaram a acontecer. Nota-se que, os colaboradores e os usuários se encontram mais empoderados diante dos desafios enfrentados no serviço. O conhecimento da matriz FOFA/SWOT permitiu elaborar e quantificar os desafios enfrentados e o plano de ação nos mostrou que é necessário construir metas envolvendo atores chaves para que o serviço possa melhorar. Em resumo, o projeto nos possibilitou um olhar mais atuante dos atores envolvidos e esperamos que esse olhar permaneça.

Região Sudeste

Barbacena - MG, CTA SAE Barbacena

Autores: Herbert José Fernandes – Médico infectologista, Ângelo Dias Feres – Médico infectologista.

Introdução: O Programa Municipal de enfrentamento do HIV na cidade de Barbacena teve seu início na década de 1990, através da iniciativa do Dr. Ângelo Dias Feres, 65 anos, barbacenense, filho de Eloísa Helena de Carvalho Dias Feres e do Dr. José Amin Feres, médico pela Universidade Federal de Minas Gerais em 1984 e pediatra de formação. Nos primórdios da assistência aos pacientes com HIV/aids na região, Dr. Ângelo se dispôs a enfrentar todas as barreiras para que o serviço fosse criado, sendo que hoje, em mais de 40 anos de luta contra a infecção pelo HIV no Brasil, é impossível não associar o enfrentamento da doença no território barbacenense e de toda macrorregião de saúde, sem citar a pessoa do Dr. Ângelo Dias Feres, contabilizando mais de 25 anos dedicados a essa causa em Barbacena e região.

Inicialmente, o serviço de assistência de IST's/HIV/aids/ hepatites virais no município de Barbacena-MG foi de natureza de CTA apenas, porém hoje é constituído pela integração de CTA/SAE/UDM, sediados no prédio do Centro de Especialidade Multiprofissional (CEM). A equipe é composta por três médicos, uma enfermeira, uma farmacêutica, duas psicólogas, um assistente social, um administrativo e uma técnica de

laboratório. Atualmente, o serviço realiza a assistência de cerca de 422 pessoas vivendo com infecção pelo HIV, 33 pacientes com hepatite B e 91 com hepatite C, além ainda, da assistência de pacientes com tuberculose (projeto SAE ampliado da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais) e enfermidades endêmicas no âmbito do ambulatório de infectologia, dentro da rede de atendimento SUS da Prefeitura Municipal de Barbacena.

No que se refere à natureza de assistência CTA, somente no ano de 2023 até o mês de outubro foram realizados 1784 aconselhamentos, resultando em 6712 testes rápidos realizados, 20 novos diagnósticos de infecção pelo HIV, 81 novos diagnósticos de sífilis, 9 novos diagnósticos de hepatite C e 5 novo paciente com infecção pela hepatite B. No escopo da assistência da UDM, além da dispensação da terapia antirretroviral (TARV), tuberculostáticos, antivirais para manejo das hepatites virais e medicações para manejo de infecções oportunistas (IO), há ainda a realização de farmácia clínica e vigilância em eventos adversos. No que se refere à natureza de assistência SAE, nesse mesmo período, foram realizadas 3920 consultas médicas, além ainda de assistência de psicologia e enfermagem. Foram realizados ainda dispensação de 167 profilaxias pós exposição (PEP), sendo essas, 115 de exposição sexual consentida, 46 acidentes ocupacionais e 6 violências sexuais.

Desde junho de 2021, o serviço realiza também assistência e dispensação de PrEP através da assistência compartilhada entre médicos e enfermagem. Hoje são 91 pacientes em uso de PrEP que acompanham regularmente as consultas de enfermagem e realizam avaliação médica nos casos de avaliação de eventos adversos.

Percurso no projeto Cuida-CTA: Dentre as experiências exitosas que o serviço vivenciou ao longo dos anos, em 2022, houve a premiação com o selo prata de eliminação da transmissão vertical do HIV concedida pelo Ministério da Saúde em Brasília-DF, o que proporcionou a escolha pela coordenação estadual do serviço para o projeto Cuida-CTA no ano seguinte.

Desde as primeiras reuniões no formato online, com o preenchimento de formulários até a primeira reunião presencial com a equipe do HIAE que ocorreu em junho de 2023, um misto de emoções tomou conta da equipe do serviço: uma ansiedade pela proposta e a saída da zona de conforto, orgulho pela escolha e pelo protagonismo do serviço dentre tantos outros no país e medo de não corresponder às expectativas lançadas. No entanto, após a realização dessa primeira reunião presencial que contou ainda com representantes do Ministério da Saúde, e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, apesar da exaustão da construção da matriz FOFA/SWOT, o sentimento da equipe foi de gratificação pelo trabalho exercido ao longo dos anos que estava sendo premiado com melhorias de forma objetiva e estruturada.

Ao longo desses seis meses de interlocução com os diferentes atores do projeto, o CTA/SAE de Barbacena avançou em pautas que estavam emperradas, como na oferta de serviços com a dispensação mais efetiva do autoteste para HIV, realização de capacitações junto a diversos profissionais da APS para a realização de dois testes rápidos para HIV, além de aproximação com outros setores da assistência da saúde, como a própria APS e a participação no Comitê Municipal de equidade social. Novas tecnologias foram incorporadas como a realização dos testes de CT/NG (pesquisa de clamídia e

gonococo nos swabs de orofaringe, uretral e anal) através do equipamento de GeneXpert® cedido pela Cepheid®, além da previsão da chegada do teste LF-LAM para diagnóstico de tuberculose em pacientes com infecção pelo HIV em imunossupressão avançada.

A segunda e última reunião presencial com a equipe do HIAE se deu num tom de congraçamento por parte da equipe do CTA/SAE de Barbacena, pois foi com um olhar retrospectivo das conquistas alcançadas em tão pouco tempo a despeito de inúmeras dificuldades como a incerteza dos profissionais do serviço que não são efetivos (processo seletivo municipal), além do estreitamento pessoal que fatalmente ocorreu com a equipe do HIAE e um olhar prospectivo dos projetos de ampliação da cartela de serviços.

Considerações finais: O projeto Cuida-CTA trouxe a visibilidade necessária perante os gestores municipais, impulsionou os profissionais da equipe no aprimoramento do serviço e valorizou o papel de cada ator com o desfecho de uma maior e melhor assistência aos usuários.

São Gonçalo - RJ, Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas e Transmissíveis

Autores: Bruna Miquelam Guimarães – Enfermeira; Monique Gonzalez de Souza – Coordenadora do Programa Municipal de IST/aids e hepatites virais e Vanessa Ferreira Brandt, Assistente Social.

Atores envolvidos no Projeto: Antonio Carlos Tavares Guimarães, Denise Miguel de Lima, Helton Marcio dos Santos Rodrigues.

Era a década de 90 em São Gonçalo, quando as portas do Posto de Atendimento Médico no bairro de Neves se abriram para o recém-criado Programa de IST/aids e hepatites virais. Com o passar dos anos, a necessidade de reformas na unidade e a luta incansável da sociedade civil por melhorias no atendimento às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) levaram o programa a uma nova casa no bairro do Barro Vermelho. Em março de 2020, uma nova mudança marcou a expansão do programa para a Policlínica Gonçalense de Referência em doenças crônicas transmissíveis, agora situada no bairro da Parada 40. A unidade, batizada inicialmente como Policlínica Gonçalense de Referência em Doenças Crônicas Transmissíveis Cazuzu, teve seu nome alterado após inquietações dos usuários e da sociedade civil. A policlínica, localizada em um prédio próprio da prefeitura em uma região central, compartilha o espaço com os departamentos de Imunização e Almoxarifado central. A unidade é de fácil acesso, graças ao seu corredor de transporte que conecta diversos bairros e municípios vizinhos. A estrutura física da unidade inclui uma entrada com escada e rampa de acessibilidade, uma recepção climatizada, três banheiros para os usuários (masculino, feminino e unissex com acessibilidade) e dois para funcionários (masculino e feminino), uma sala de arquivo, um DML, seis consultórios multidisciplinares, um laboratório para análise e coleta, uma sala de aconselhamento pré e pós-teste, uma sala para execução de teste rápido, uma sala de administração, estoque e farmácia. A coordenação municipal do programa de IST

também está instalada no local. A unidade oferece uma variedade de serviços, incluindo laboratório, farmácia, enfermagem, vigilância epidemiológica, serviço social, psicologia, nutrição, pediatria, clínica médica e especialidades médicas como infectologia, infectologia pediátrica e hepatologia. O serviço presta cuidado completo a indivíduos que vivem com HIV/aids, incluindo tratamento para DSTs e hepatites virais. Além disso, disponibiliza medicamentos para doenças oportunistas e terapia antirretroviral (TARV), bem como fórmula láctea para crianças expostas ao HIV até os 18 meses de idade. O serviço também inclui atendimento para PEP e PrEP, violência sexual, crianças expostas ao HIV e crianças que testam positivo para o HIV, além de pré-natal para gestantes que testam positivo para HIV, HBV e HCV. Realiza coleta de exames laboratoriais gerais, carga viral para HIV, HBV e HCV e contagem de linfócitos TCD4. O CTA está integrado ao SAE e funciona todos os dias da semana, das 8h às 17h, atendendo a demanda espontânea. A escolha da coordenação estadual para que o município fosse o único representante do Estado do RJ em um projeto em parceria com duas instituições de renome e referência para a saúde pública no país trouxe estima e motivação para a equipe. Durante a apresentação e execução do projeto, observou-se uma integração e participação ativa dos profissionais envolvidos, contribuindo para a redefinição de fluxos e processos de trabalho, impactando positivamente na qualidade do serviço prestado à população.

No dia 26 de julho de 2023, uma visita especial marcou a unidade de saúde de São Gonçalo. Equipes das esferas Federal, Municipal e HIAE se reuniram para conhecer o funcionamento da unidade, guiados pela coordenadora Monique. A visita proporcionou um olhar detalhado sobre a estrutura interna e o processo de trabalho da equipe no seu dia a dia. Nos dias 27 e 28 de junho, às 9h, a Universidade Estácio de Sá tornou-se palco de uma oficina que contou com a presença de representantes das três esferas de governo, da sociedade civil, dos profissionais atuantes no centro de testagem e aconselhamento da Policlínica e equipe do HIAE. Durante a oficina, foi discutida a Matriz FOFA/SWOT, onde foram evidenciadas e discutidas as Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças dos seguintes eixos: estrutura, ações de prevenção, ações de diagnósticos, redes de apoio e sistemas de informação. O resultado foi um plano de trabalho a ser conduzido pelo serviço ao longo dos meses. A estrutura da unidade, localizada em uma região de fácil acesso, é acolhedora e conservada, embora limitada para a implementação de novos serviços assistenciais e logísticos. A equipe multidisciplinar se esforça para suprir as necessidades do serviço assistencial e administrativo. No entanto, a busca ativa de faltosos é um desafio, devido ao furto de cabos de rede telefônica e algumas áreas serem restritas ao acesso de profissionais por conta da criminalização.

As atividades de prevenção e promoção ocorrem interna e externamente, com o objetivo de informar e sensibilizar profissionais da rede e usuários. Essas estratégias são planejadas semestralmente, sempre avaliando os resultados alcançados e as metas a serem atingidas e ajustadas. No entanto, a limitação da disponibilização de carro oficial da prefeitura e a restrição de acesso a determinadas comunidades dominadas pelo tráfico são alguns entraves para o pleno alcance das estratégias a toda população gonçalense. Desde o primeiro contato na recepção, a presença de uma equipe acolhedora faz toda a diferença para o usuário no momento do diagnóstico, que se sente apoiado e encorajado. No entanto, a grande demanda da unidade muitas vezes resultava em longas horas de espera pelo

resultado do teste rápido, levando muitos a desistir do teste. A reestruturação do CTA permitiu evidenciar esse problema, que por muito tempo permaneceu invisível. Com um simples ajuste no espaço físico e nas escalas profissionais, foi possível ter uma equipe dedicada exclusivamente ao atendimento das demandas do CTA. Isso resultou em uma redução drástica no tempo de espera para a realização e o resultado do teste rápido. Quando o resultado é reagente para HIV, o tempo de espera para o início da TARV era de aproximadamente 45 a 60 dias. Agora, com a disponibilização de um médico “triador”, o usuário consegue iniciar a TARV em menos de 30 dias, podendo aguardar seu agendamento para o profissional médico que irá acompanhá-lo periodicamente. Na busca por viabilizar e facilitar o processo de cuidado, na primeira consulta com a enfermagem, todos os atendimentos com a equipe multidisciplinar e laboratório são preferencialmente agendados no mesmo dia. Isso visa facilitar o gerenciamento das idas do usuário à unidade.

Há cerca de um ano, uma mudança significativa ocorreu no serviço de vigilância em saúde. O serviço, que antes funcionava em um local separado, foi transferido para o mesmo prédio onde se encontra o programa de IST e a coordenação técnica. Essa mudança permitiu uma maior interação entre as equipes e agilizou o processo de trabalho, especialmente no que diz respeito à realização de notificações e busca ativa. No entanto, para que o serviço de vigilância alcance um nível de excelência e seja ainda mais resolutivo, algumas melhorias são necessárias. A equipe precisa de novos computadores e demais dias de disponibilidade de carro oficial para a realização de buscas ativas. A boa notícia é que a coordenação já solicitou novos computadores, com previsão de chegada para o segundo semestre de 2023.

Essas melhorias, quando implementadas, certamente contribuirão para a efetividade do serviço de vigilância em saúde, permitindo que a equipe continue a desempenhar seu papel crucial na proteção da saúde da população. O projeto foi estruturado com o apoio e o incentivo da equipe do HIAE, que foi fundamental para alcançarmos os resultados. As condutoras do projeto no município, Dra. Denise e Sabrina, nos supervisionaram de forma séria e leve, sempre dispostas a nos escutar e nos orientar no que fosse preciso. Participamos de uma oficina nos dias 11 e 12 de setembro sobre PEP e PrEP, que nos permitiu ampliar nossos conhecimentos sobre a importância de divulgar as estratégias de prevenção para a sociedade, bem como de combater o estigma e o preconceito que ainda existem entre os profissionais de saúde que atendem esses usuários. A oficina nos fez refletir sobre o nosso papel e a nossa responsabilidade na promoção e na prevenção das IST. O projeto nos proporcionou diversas experiências, algumas com sucesso e outras ainda em andamento. Na área da saúde mental, conseguimos marcar uma reunião com a coordenação do setor, onde discutimos as estratégias, mas sem avançar muito na elaboração e na execução das ações.

Quanto às estratégias na educação, realizamos uma reunião com o coordenador do PSE (Programa Saúde nas Escolas), onde articulamos algumas propostas, resultando na elaboração de um projeto com o seguinte objetivo: sensibilização de adolescentes da rede pública e privada sobre IST. O projeto foi bem recebido pela gerência de saúde, esperando apenas a aprovação da secretaria para iniciar as ações. A reestruturação do CTA dentro do programa de IST na parada 40 foi o que teve mais impacto, pois conseguiu envolver

todos (usuários e profissionais) de forma dinâmica, demonstrada pela participação ativa de todos os profissionais no projeto. Fazendo um histórico dos acontecimentos, depois de participarem das oficinas dos dias 27 e 28 de julho, os profissionais ficaram mais animados e motivados a colaborarem nas melhorias do CTA, pois viram que as propostas apresentadas pela coordenação ao aceitarem participar do projeto não ficariam apenas no papel.

Na recepção, foi realizada uma capacitação, conduzida pelo AS Antônio. O objetivo não foi só capacitar, mas também sensibilizar sobre a real importância de um atendimento acolhedor, ressaltando a necessidade de escutar as verdadeiras demandas dos usuários e atendê-las de forma humanizada e respeitosa, reduzindo sua exposição diante dos outros. Nessa capacitação, já foi possível obter um feedback, pois o tempo de espera dos usuários pelo atendimento no CTA diminuiu. Para reestruturar o CTA, foram realizadas diferentes ações: redirecionamento das atividades de coleta e análise de TR para fora do laboratório, integração de uma enfermeira e uma técnica em análises clínicas à equipe do CTA, capacitação dos profissionais que já trabalhavam no CTA sobre IST, PEP, PrEP e Tuberculose, e criação de fluxos sobre tuberculose, clamídia e gonorreia. Antes, os TR eram feitos e analisados no mesmo lugar que os exames dos usuários que vivem com HIV. Isso causava problemas, pois os exames de rotina tinham prioridade e ocupavam todos os profissionais do laboratório. Só depois que eles terminavam, por volta das 10h da manhã, é que os usuários que queriam fazer apenas o TR eram atendidos. Esse atraso fazia com que os usuários esperassem muito tempo e se sentissem expostos, desistindo de fazer o teste ou de esperar o resultado.

Com a criação de uma sala exclusiva para o CTA, esse tempo de espera e exposição diminuiu, melhorando a adesão dos usuários ao diagnóstico de alguma IST. Isso também possibilitou a interação dos vários profissionais que fazem o aconselhamento com o enfermeiro, para elaborarem um plano de cuidados mais eficaz. Para aprimorar os planos de cuidados conjuntos, os profissionais do CTA participaram de uma capacitação com a enfermeira Bruna Miquelam e a coordenadora de Tuberculose. Esse momento permitiu que eles atualizassem seus conhecimentos e definissem o fluxo para os casos de TB, clamídia e gonorreia, tanto sintomáticos quanto assintomáticos.

Uberlândia - MG, Ambulatório IST/Aids Herbert de Souza

Autores: Cláudia Maria Bulgarelli Spirandeli -Coordenadora do CTA – Ambulatório “Herbert de Souza”; Fernanda Ferreira de Resende- Enfermeira.

Atores envolvidos no projeto: Gestão do CTA e equipe de colaboradores.

A unidade de atendimento HIV/aids iniciou suas atividades na UBS Fausto Savastano em 1998. Em abril de 2000, mudou para sede própria, recebendo o nome de Ambulatório “Herbert de Souza”. Em 2003, o CTA foi incorporado ao serviço com a realização da testagem para HIV, sífilis e hepatites virais através de sorologias, e em 2005, iniciou-se a realização dos testes rápidos. No final do ano de 2020, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, torna-se SAE Ampliado, aumentando a carteira de serviços. Além das doenças e agravos já atendidos na rotina, foram incorporados os

serviços de atenção especializada à tuberculose, hanseníase, leishmaniose tegumentar e o Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) e vigilância de eventos adversos pós vacinação. O ambulatório conta com 04 consultórios médicos, 03 consultórios multiprofissionais, 01 sala para testagem rápida, 01 consultório odontológico, 01 sala de dispensação de medicamentos, 01 sala de vacina (CRIE), 01 sala de procedimentos, 01 sala da coordenação, 01 sala administrativa e 02 recepções. Há previsão de mudança para um novo prédio, com uma estrutura física que permitirá melhor comodidade e atendimento para os pacientes e profissionais.

A equipe multiprofissional é composta por: 01 coordenadora, 10 infectologistas, 01 clínico geral, 01 urologista, 02 ginecologistas, 01 pediatra, 04 assistentes sociais, 05 enfermeiros, 02 psicólogos, 01 odontólogo, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 06 técnicos de enfermagem, 06 assistentes administrativos, 03 auxiliares de serviços gerais, 01 técnico de saúde bucal, 01 auxiliar de farmácia e 01 motorista.

Os serviços ofertados são:

- Consultas de infectologia (HIV/aids, hepatites virais, Leishmanioses, Micobacterioses, tuberculose, sífilis, PEP, PrEP, e outras IST);
- Consultas ginecológicas (rotina, colposcopia, biópsia de colo, cauterização de condiloma, Sífilis);
- Consultas clínicas (cauterização de HPV masculino, IST, acompanhamento dos pacientes HIV com outras comorbidades como diabetes, hipertensão e PEP);
- Consultas urológicas (rotina, cauterização de HPV com eletrocautério, biópsias, IST);
- Consultas pediátricas (acompanhamento das crianças expostas ao HIV, sífilis e hepatites virais, HIV /aids);
- Testagem rápida, inclusive extra muro;
- Palestras em empresas, universidades, etc;
- Prevenção em casas de programa; • Aplicação de vacinas do calendário oficial e as especiais através do CRIE;
- Consultas odontológicas de rotina e biópsias de lesão bucal; • Atendimento e acompanhamento psicológico e nutricional;
- Orientação, informação e encaminhamento para CRAS, CREAS, casas de apoio, CAPS; Dispensação de medicamentos ARV, hepatites e IST;
- Coleta de carga viral de HIV e hepatites virais e CD4;
- Solicitação e encaminhamentos de exames de baciloscopia de rapado dérmico em Hanseníase;
- Solicitação de TRM, Cultura e pesquisa de BAAR para TB;
- Notificação, avaliação e digitação de notificação no Sinan.

A coordenação está diretamente ligada ao secretário de saúde e a ONG SPDM que realiza a gerência de recursos humanos do ambulatório.

Recebemos o comunicado na participação do projeto com um sentimento de valorização do trabalho desenvolvido, junto a isso surgiu certa ansiedade e expectativa de

como seriam as atividades desenvolvidas, os métodos e recursos utilizados, as avaliações que seriam feitas ao serviço.

Houve uma sensibilização da equipe com relação ao projeto, principalmente no preenchimento da planilha FOFA/SWOT, instrumento de planejamento que muitos desconheciam. Todos os profissionais receberam a planilha por e-mail para conhecimento, reflexão e avaliação dos itens elencados e após foi realizada uma reunião geral com a participação da maioria da equipe onde todos puderam expor suas opiniões, experiências e vivências e a partir dessa discussão a planilha foi construída. Logo foi agendada a primeira visita presencial ao ambulatório o que causou uma expectativa da equipe com relação ao aumento da cartela de serviços e a construção do plano de ação baseado nas ameaças e fraquezas identificadas na planilha FOFA/SWOT.

O plano de ação foi discutido e construído com a participação da equipe multiprofissional atuante no ambulatório, de representantes da APS, do terceiro setor (ONG RNP+), da SES e do MS e marcou a aproximação da APS com o ambulatório. Outros encontros para acompanhamento e monitoramento do plano de ação aconteceram de forma virtual e neles foram realizadas a atualização e descrição das atividades que foram parcialmente ou totalmente realizadas. A segunda visita presencial foi realizada com o objetivo de apresentar ferramentas para avaliação do serviço e capacitar a equipe em temas sugeridos no plano de ação que foram: Estigma e Preconceito e Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Nesta oportunidade a equipe foi dividida em dois grupos (manhã e tarde), devido à dificuldade de espaço físico, para não haver prejuízo nos atendimentos e maior participação dos colaboradores. A capacitação foi avaliada pela equipe como uma oportunidade rara, pois possibilitou além da interação da equipe, o esclarecimento de dúvidas, atualização e aquisição de conhecimentos. Com o plano de ação estabelecido, iniciamos as atividades para cumprimento das metas nos prazos determinados. Elencado abaixo, algumas ações que já foram desenvolvidas:

- Previsão de mudança do ambulatório para abril de 2024;
- Contratação do médico urologista, de um enfermeiro e um técnico em enfermagem;
- Recebimentos de autoclaves e ar-condicionados;
- Criação de planilhas para monitoramento dos casos de criança exposta ao HIV e gestantes com HIV e casos novos de HIV;
- Capacitações para realização dos testes rápidos para enfermeiro de diversas unidades de saúde e da macrorregião;
- Promoção em Saúde: participação em eventos, palestras, oficinas em diversas empresas;
- Troca de todos os computadores.

Encontramos algumas dificuldades e barreiras como a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde (UBSF e UBS), no agendamento de consultas com especialistas em algumas áreas, não entendimento que o ambulatório é um matriciador e falhas nas notificações de agravos no Sinan.

Apesar das dificuldades estamos em busca do melhoramento dos processos assistenciais, da capacitação continuada da equipe, na ampliação da cartela de serviços visando sempre a excelência nos atendimentos prestados aos pacientes."

Região Sul

Canoas - RS, CTA de Canoas

Autores: Deise Teresinha Domingos Gomes Souto - Enfermeira Gestora Técnica, Michele Araujo da Rosa - Enfermeira - Coordenação IST/HIV/Aids.

Atores envolvidos no projeto: gestão do CTA, trabalhadores.

Introdução: O CTA Canoas teve sua inauguração em 01 de dezembro de 1998, sua constituição era, predominantemente, de servidores estatutários, no organograma estava inserido no Serviço de Vigilância em Saúde que, naquele período, ainda não se denominava Diretoria. A equipe era constituída por 2 auxiliares de enfermagem, 1 médico, 1 psicóloga, 1 farmacêutica bioquímica e 1 auxiliar administrativo. A iniciativa de criação do serviço foi baseada nas recomendações do Ministério da Saúde, bem como, Vigilância e Coordenação Estadual de Saúde. A estrutura física disponibiliza sala de espera, consultório médico e de psicologia, sala de coleta, copa e banheiros para funcionários e pacientes. Os serviços oferecidos consistem no diagnóstico laboratorial, aconselhamento e tratamento. Estava localizada na área central do município no segundo piso de um prédio público. O nome do serviço foi determinado pela gestão em exercício.

Caracterização: O CTA compartilha espaço com outros serviços, tem um consultório e compartilha outras salas com outros serviços, sendo organizadas através de agendas. Conta com 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 técnico de enfermagem e 1 farmacêutico. No CTA é oferecido testagem rápida IST, TR LF/LAM, PEP, PrEP Realiza Campanhas de Prevenção e de Detecção Precoce que compõem o Calendário do Ministério da Saúde, em parceria com outras Instituições (Programa Municipal de IST/HIV/aids/HV, escolas, empresas, presídios, dentre outros). Oferece insumos de prevenção como: preservativos masculino, feminino e gel lubrificante. Realiza Aconselhamento para casais, inclusive, casais soropositivos e soro discordantes.

Percurso no projeto: O projeto foi recebido com muitas expectativas, tanto para a visibilidade do serviço quanto para as melhorias. A rede foi mobilizada para este projeto, tivemos participação da rede primária e secundária. Os contatos e preceptorias aconteceram de forma organizada e muito proveitosa, foram de muito crescimento para o serviço e para a rede de saúde do município.

O primeiro encontro foi apresentado e construído de forma definitiva e conjunta a matriz FOFA/SWOT onde a rede de saúde do município esteve presente ativamente. As necessidades do serviço do CTA foram discutidas e organizadas com o propósito de definir o que era possível através de planejamentos de processos de trabalho ou da necessidade de comprometimento da instituição pública.

O segundo encontro trouxe conversa sobre as dificuldades encontradas, capacitações para melhoria nos processos de trabalho e preparação para a construção das capacitações da rede de saúde do município.

Considerações finais: No trabalho realizado para atingir as metas foram enfrentadas dificuldades oriundas das características de se trabalhar vinculado à administração pública, como processos morosos e burocráticos, trazendo incertezas sobre a conclusão de atividades que deveriam ser resolutivas. Particularmente tivemos dificuldade em obter uma definição sobre a melhoria das instalações físicas, sabidamente insuficientes, porém ainda sem uma definição sobre realocação de serviços, possibilidades e alternativas.

Houve avanços importantes no sentido de dar autonomia ao profissional de enfermagem, tornando-o mais independente para atendimento do usuário com a construção de protocolos para PrEP e PEP e na Linha do cuidado da PVHA. O mutirão realizado para atender a demanda reprimida de agendamento das coletas de Carga Viral (CV) para HIV, com mais de 30 dias de demanda reprimida, que foi uma construção com serviços do Estado, e essa demanda foi sanada. Hoje conseguimos a ampliação de cotas para Coletas de CV para HIV e coletas laboratoriais por livre demanda. Os processos que trouxeram êxitos foram determinantes para aumentar o envolvimento da equipe e da rede de saúde para uma ampliação no atendimento ao usuário que procura o CTA e a rede de saúde do município, para testagem, e também quando é necessário o andamento das demandas para fechamento dos diagnósticos.

Concórdia - SC, CTA Concórdia

Autores: Andreza Granoski – Enfermeira coordenadora do setor de Infecções Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde de Concórdia; Bárbara Bergamo – Enfermeira do Centro de Testagem e Aconselhamento de Concórdia; Franciele Fernandes da Silva Bernardi – Enfermeira Diretora da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia; Marizete Ackermann – Técnica em Enfermagem do Centro de Testagem e Aconselhamento de Concórdia; Monica Pivotto – Enfermeira coordenadora da Unidade Sanitária Central de Concórdia; Rogério Stringhini – Farmacêutico da Unidade Dispensadora de Medicamentos do Centro de Testagem e Aconselhamento de Concórdia; Tainara Maria Martini Angnes – Enfermeira do Programa de Tuberculose e Hanseníase e da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia.

Atores envolvidos no projeto: gestão do CTA, gestão do Programa de Tuberculose e Hanseníase, gestão da Unidade Sanitária Central onde o CTA está inserido, Secretaria Municipal de Saúde e Regional Estadual de Saúde.

Introdução: A Organização Mundial da Saúde estima que 39 milhões de pessoas no mundo viviam com o HIV até final de 2022, sendo que no mesmo ano ocorreu 1,3 milhão de novos casos.¹ No Brasil, no início dos anos 80 até 2022, o Ministério da Saúde notificou mais de 1 milhão de casos. Já no estado de Santa Catarina, foram notificados 55.850 casos.² Em Concórdia, por sua vez, no mesmo período, foram notificados 245 casos, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

No ano de 2023, o CTA de Concórdia acompanha 348 pessoas vivendo com HIV residentes em Concórdia e região do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC). A AMAUC conta um total de 148 mil habitantes distribuídos em 14 municípios consorciados, sendo Concórdia o maior deles. Compõe a AMAUC os seguintes municípios: Alto Bela Vista, Arabutã, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindoia do Sul, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina. Concórdia situa-se na região do Oeste Catarinense, sendo a segunda maior cidade desta região do estado. Fica a aproximadamente 450 km da capital Florianópolis e conta com uma população estimada de 81.646 pessoas, conforme dados do IBGE de 2022.

Desde sua criação, há cerca de 23 anos, o CTA de Concórdia localiza-se nas dependências da Unidade Sanitária Central. Ao estar estabelecido em uma unidade de saúde mista, a qual conta com atendimentos em diversas especialidades médicas, bem como sala de vacinas, rede de frios e vigilância epidemiológica, o mesmo descaracteriza-se de estigmas, por não ser um local exclusivamente destinado ao tratamento e acompanhamento de usuários soropositivos HIV e doenças transmissíveis. Atendendo por demanda espontânea e agenda municipal e regional, o CTA de Concórdia conta com consultório médico/enfermagem, sala de acolhimento de enfermagem, sala de dispensação e orientação farmacêutica e ambiente para coleta e processamento de exames.

Fazem parte da equipe fixa do CTA: um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um farmacêutico. Também prestam apoio ao CTA uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista.

Percurso no projeto: Fomos contemplados com a participação no Projeto Cuida CTA mediante indicação da coordenação estadual e análise do censo respondido previamente pelo serviço. A partir daí, iniciamos o contato com a equipe do HIAE, mais especificamente com a monitadora de pesquisa Dra. Nathalia Villa e a médica de família e comunidade Dra. Layze Castberg, através de reuniões on-line e e-mails. Nos desafiamos na construção da matriz FOFA/SWOT. Para tal, realizamos diversas reuniões com a equipe do setor e coordenação municipal e estadual para o levantamento das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do serviço referentes aos eixos: estrutura, ações de prevenção, ações de diagnóstico, redes de apoio e sistemas de informação.

Nesse período, ocorreu a alteração no nome do serviço, o qual chamava-se “Ambulatório de DST e AIDS” e passou a denominar-se CTA de Concórdia.

A primeira visita presencial da equipe do HIAE e representantes do Ministério da Saúde ocorreu no mês de julho de 2023, ocasião em que reunimos os profissionais do CTA e da rede de atenção primária à saúde municipal e regional para discutir os eixos da matriz, bem como elencar um plano de ação frente às fraquezas e ameaças ao serviço. Já na segunda visita presencial das profissionais Nathalia Villa e Layze Castberg, a qual ocorreu no mês de novembro de 2023, tivemos dois dias de capacitação com temáticas como gestão do serviço, LGPD, estigma e preconceito e infecções sexualmente transmissíveis. A escolha dos assuntos para este treinamento presencial foi referenciada como dificuldades encontradas pelos profissionais da rede mediante levantamento prévio da equipe do CTA. Ressaltamos ainda que entre a primeira e a segunda visita, a equipe

do HIAE permaneceu monitorando o andamento do plano de ação através de atualização mensal da matriz FOFA/SWOT, bem como reuniões on-line. Após a capacitação presencial foi possível perceber o fortalecimento do vínculo das equipes da atenção primária à saúde com o CTA bem como o engajamento para facilitar o acesso à saúde das pessoas que convivem com infecções sexualmente transmissíveis, em especial, o HIV.

Considerações finais: A participação no Projeto Cuida CTA foi de grande valia para o nosso serviço, visto os inúmeros avanços alcançados. Passamos realmente por uma “reestruturação”, a citar, a mudança no nome do serviço, no endereço de e-mail, na forma de contato dos pacientes com a equipe, a presença dos profissionais psicólogo e assistente social, o encaminhamento facilitado ao médico infectologista, bem como a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais.

É válido enfatizar também o fortalecimento do CTA com a rede de atenção primária à saúde, o que culminou no aumento significativo das testagens rápidas bem como no cuidado integrado ao paciente.

Referências bibliográfica:

WHO. HIV and AIDS. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dathi | Indicadores HIV/AIDS. Disponível em: <<http://indicadores.aids.gov.br/>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

Guarapuava - PR, SAE Guarapuava

Autores: Angela Maria de Camargo - Enfermeira e Coodenadora do CTA, Priscila Ferreira Fortini - Psicóloga.

Atores envolvidos no projeto: gestão do CTA, trabalhadores.

Introdução: O centro de orientação e apoio sorológico (COAS) de Guarapuava foi fundado em 1996 atendendo HIV. Em 2012, o agora Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) começou a atender as hepatites virais. No final de 2018, a equipe do Ambulatório Municipal de Pneumologia e Dermatologia Sanitária (AMPDS) passou a dividir o espaço do SAE. Em 2022, Guarapuava foi a primeira cidade do Brasil a receber o duplo selo de eliminação de transmissão vertical da sífilis e HIV. No mesmo ano, o SAE passou a integrar a vigilância em saúde e realizamos o I Simpósio de HIV/aids. Localizado no centro, possui: recepção, serviço social, pré-consulta, sala de reuniões, AMPDS, consultório de enfermagem/teste rápido/coordenação do SAE, consultório de psicologia, consultório médico, almoxarifado, farmácia, sala de vacinas, sala de espera, laboratório, sala de coletas, cozinha e lavanderia. O porão, antes depósito da Secretaria de Saúde, está sendo reformado para comportar nosso almoxarifado e sala de reuniões. A equipe é formada por 2 farmacêuticas, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 estagiários de enfermagem, 1 médica, 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 1 administrativo, 2 serviços gerais e 1

motorista. Atualmente, o SAE funciona em horário comercial, oferecendo: teste rápidos de HIV, sífilis, hepatites virais, clamídia e gonorreia; tratamento e diagnóstico de HIV, sífilis, hepatites B e C, hanseníase e tuberculose; PEP e PrEP; programas de prevenção Protagonismo Juvenil e Humaniza Guarapuava, Amamentação Seguro; orientação paralela ao pré-natal; capacitação das equipes da atenção primária e secundária; coleta de exames de rotina diariamente e CD4 e carga viral quinzenalmente, para todos os 20 municípios da 5ª regional de saúde; prova tuberculínica, baciloscopia direta para Baar tuberculose e hanseníase, teste rápido molecular, cultura, cultura de fungos, TB LAM, teste de sensibilidade, Raio -X, teste rápido Hanseníase, biópsias; farmácia e insumos como: preservativos, folders, absorventes, autoteste; consultas e atendimentos: médico, enfermagem, psicologia, farmácia, assistência social.

Percurso no projeto: Em 2022, Guarapuava foi a primeira cidade do Brasil a receber o duplo selo de eliminação de transmissão vertical da sífilis e HIV. Em decorrência, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) indicou o SAE Guarapuava para participar do Proadi-SUS, o qual fomos contemplados e passamos por uma reestruturação. O primeiro contato foi através de uma chamada de vídeo onde o projeto foi apresentado. Deu-se início ao contato com setores da Rede de Atenção à Saúde solicitando a participação da Clínica da Mulher, Laboratório, Atenção Primária, Epidemiologia, 5º Regional de Saúde e Gestão. Em nova reunião on-line, agora com toda a equipe, foram apresentados os serviços do SAE e do Proadi-SUS. Fomos orientados quanto à matriz FOFA/SWOT. Posteriormente, a equipe local se reuniu para levantamento de dados nos quatro eixos, discussão e início da digitação da matriz. Novas reuniões foram acontecendo de forma online com a equipe Einstein e presencial com equipe local, sendo a equipe SAE quem compilou os dados.

A primeira visita da equipe Einstein e MS, gerou grande expectativa. A equipe voltou-se para a organização da recepção, treinamentos, cafés e o fluxo do trabalho. Observamos que nem sempre podemos contar com todos os pontos da rede de apoio e por vezes não a temos. Mas, isso nos fez buscar novas formas de interação diante desses fatores. A construção da Matriz trouxe conhecimento da situação a qual o serviço se encontrava, nos reconhecendo enquanto SAE/serviço e enquanto atores no contexto. Observar o quanto já fizemos, avaliar nossas potencialidades e reconhecer nossas fraquezas. Possibilitou alinhar o trabalho com a rede e internamente. Também, visualizar novas possibilidades. A segunda visita, foi mais tranquila quanto a organização. Foi ampliada as ações para APS, embora com pouca adesão. O foco foi diagnóstico e tratamento em ISTs conforme protocolos do MS. Recebemos capacitação da equipe para execução do GeneXpert, Estigmas e preconceito, Gestão de serviço e pessoas.

Considerações finais: Tivemos vários desafios em relação à estrutura, rede e gestão. Preconceito por parte dos profissionais e dos próprios pacientes, falta de conhecimento do tema e educação sexual continuada. Dificuldade de acesso de PVHA à atenção primária e rede hospitalar.

Falta de apoio da gestão em questões que envolvem a rede e o financiamento de ações. Outra dificuldade no município, o prontuário eletrônico foi fechado aos demais setores devido ao preconceito sofrido pelos pacientes. Esta questão foi levada ao jurídico e tem

o apoio da equipe para liberação. Com uma equipe reduzida, também encontramos dificuldade na expansão de ações que, por outro lado, nos levou a criação de projetos em parcerias com universidades e outros setores.

Observamos que em todas as questões foi possível realizar mudanças significativas, como: redivisão do espaço existente, liberação e adaptação do porão e consultórios, criação da sala de vacina, laboratório, sala de apoio e sala para assistência social. Reorganização dos serviços, divisão de tarefas e delegação de responsabilidades, criação de novos projetos (Aleitamento seguro, SAE nos bairros e matriciamento), dois projetos já existentes viraram política de saúde pública, virando lei municipal. Também obtivemos melhoria da carteira de serviços com o GeneXpert. Desta forma, temos como principais conquistas: médico 40 horas; adequação da estrutura física; troca de computadores e rede WIFI; formação da APS; formação dos trabalhadores do SAE; melhoria da gestão de tarefas; implantação de avaliação e diagnóstico situacional; comunicação com a REDE. E, em andamento: abertura do Prontuário municipal; GeneXpert® - RedCap; farmacêutica + 4h e estagiário de farmácia; novos projetos. Por fim, consideramos uma experiência exitosa e que nos trouxe grande crescimento enquanto serviço, equipe e, principalmente, como pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



CONSIDERAÇÕES FINAIS DO PROJETO “Cuida-CTA”

A organização dos CTA no âmbito da prevenção combinada e das redes de atenção à saúde permanece um desafio, dada a complexidade das respostas dos serviços diante das necessidades de saúde das populações nas dimensões biomédicas e sociais. O projeto “Rede de Prevenção e Cuidado Integral de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” objetivou a execução de uma agenda que permitiu compreender a situação atual dos CTA para o avanço nas ações direcionadas aos agravos como HIV e aids, hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose e a implantação de uma carteira de serviços baseadas na prevenção combinada em 14 CTA.

Os resultados deste projeto permitiram a identificação de pontos-chaves para a qualificação dos CTA e o alinhamento das atividades ofertadas segundo as diretrizes vigentes:

1. Fragilidades estruturais (física e recursos humanos) – a incorporação de novas atividades esbarra na insuficiência de recursos humanos e de estrutura física, muitos CTA já funcionam na sua capacidade instalada máxima e a ampliação da carteira de serviços como prescrição de tratamento, profilaxia pré-exposição, imunização, atividades de campo, apoio matricial, dentre outras, requer o incremento de novos trabalhadores e redimensionamento dos espaços, já que muitas atividades previstas na carteira de serviços necessitam de estrutura de salas de atendimento.

2. Ênfase das ações direcionadas às populações mais vulnerabilizadas – Priorizar o acesso das populações mais vulnerabilizadas às tecnologias atuais para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos agravos de HIV e aids, hepatites virais, infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose ainda se mantêm como um desafio para os CTA. Apesar de muitos serviços apontarem maior proximidade com a população HSH, os outros segmentos das populações-chave e prioritárias, ainda enfrentam barreiras para acessar os serviços de saúde. O CTA, dado o seu histórico de funcionamento e contato com as populações mais vulnerabilizadas, possuem tecnologias leve e leveduras para o cuidado a estes diversos segmentos, mas as vulnerabilidades programáticas, traduzidas em horários restritos e recursos humanos insuficiente para acessar estas pessoas nos seus espaços de sociabilidade, fragilizam a potencialidade do CTA sob o princípio da equidade.

3. Ampliação das estratégias para a oferta de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) – a oferta de preservativos é elevada, constatada tanto pelo diagnóstico situacional dos CTA, quanto pelas visitas técnicas nos 14 serviços do projeto. Entretanto, as estratégias para a distribuição destes insumos necessitam de qualificação com a ampliação dos locais de disponibilização de preservativos dentro do próprio serviço (geralmente os displays estão localizados na recepção dos CTA) e em outras estruturas para além dos serviços de saúde, como apontado pela nota técnica nº 107/2023-CGAHV/Dathi/SVSA/MS. Para isso, é importante o protagonismo da atuação da gestão municipal para a articulação intra e intersetorial, uma vez que o CTA isoladamente terá muitas dificuldades em articular estas estratégias. A oferta de gel lubrificante durante a vigência do projeto ficou muito prejudicada pelo desabastecimento federal, muitos municípios e UF não conseguiram se articular para a aquisição deste

insumo e sobressaíram as diferenças regionais como apontado pelo diagnóstico situacional, uma das recomendações é o estímulo de mecanismos de financiamento tripartite para a aquisição deste insumo.

4. Incentivo à distribuição do autoteste para HIV – a ampliação e a implantação da estratégia da distribuição do autoteste para HIV enquanto política pública no Brasil ocorreu em 2020, entretanto, a sua utilização na rotina dos CTA ainda não é uma realidade, de acordo com o diagnóstico situacional. Durante a execução do projeto na ampliação da carteira de serviços, identificou-se que muitos CTA ainda desconheciam o uso desta estratégia de prevenção combinada, como mais uma ferramenta da testagem para atingir populações que não chegam aos serviços de saúde, com dúvidas sobre a sua aplicabilidade, sua segurança e danos sociais pós diagnóstico. Esta foi uma ação de rápida incorporação pelos serviços reestruturados e, por isso, deve ser estimulada, principalmente com a sensibilização dos trabalhadores sobre sua utilização, a desconstrução de percepções equivocadas sobre sua segurança e danos sociais em detrimento à testagem realizada no serviço de saúde e as estratégias de distribuição.

5. Qualificação das estratégias de diagnóstico dos agravos, testagem e execução dos testes rápidos – foram identificadas algumas fragilidades no que diz respeito a execução dos testes rápidos, como por exemplo, a utilização da mesma pipeta para a aplicação da amostra em diferentes testes; não coleta de segunda amostra de punção venosa em alguns casos recomendados; falta de registros para garantir a rastreabilidade do processo de testagem rápida; não notificação nos casos de intercorrências com testes rápidos; e a realização de coleta de sangue por punção venosa, descaracterizando o papel do teste rápido na oferta de testagem presencial e rápida liberação do resultado. Ainda, foram observadas fragilidades no que diz respeito aos fluxogramas de diagnóstico utilizados, visto que em alguns casos não são utilizadas opções recomendadas nos Manuais Técnicos de Diagnóstico do Ministério da Saúde. Além disso, poucos CTA utilizavam a estratégia de Avaliação Externa dos Testes Rápidos (AEQ TR) como ferramenta para garantia da qualidade da execução da testagem rápida. Por fim, há necessidade de maior incentivo de implementação de outras estratégias de testagem, como o “*index-testing*”, pois a maioria dos serviços ainda mantém predominantemente a testagem de busca espontânea no serviço.

6. Incentivo às ações extramuros – esta ação é uma potente estratégia para buscar populações que enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde. Muitos CTA realizam ao longo do ano algum tipo de atividade extramuros, como apontado pelo diagnóstico situacional. Entretanto, esta ação não fazia parte da rotina dos CTA, sendo de realização específica em campanhas ao longo do ano. Isso foi constatado ao longo das visitas aos CTA reestruturados. Apesar da compreensão sobre a importância destas ações para a busca de segmentos populacionais de difícil acesso, muitos serviços encontram dificuldades estruturais (trabalhadores, transporte, materiais educativos etc.) para a execução destas ações, principalmente nas atividades de testagem.

7. Ampliação da carteira de serviços – a ampliação da carteira de serviços se mostrou complexa como necessidade de um intenso apoio de todos os atores envolvidos (gestores, áreas técnicas, laboratório, vigilância etc.) na construção de uma estrutura prévia/base para que as ações sejam incorporadas. É possível citar como exemplo as

experiências vividas com a ampliação da PrEP: para que o CTA pudesse ampliar esta ação foram necessários ajustes no dimensionamento de exames laboratoriais exigidos no PCDT em determinado serviço, pactuação de novos fluxos laboratoriais, elaboração de protocolos de enfermagem, capacitação de trabalhadores em locais onde a prescrição não era realizada por médicos e dimensionamento do quantitativo de trabalhadores. A carteira de serviços para o HIV estava mais avançada se comparada aos outros agravos, foi notória a fragilidade da carteira de serviços para as IST, que ainda focam suas ações em tratamento sintomático e com insuficiência de exames diagnósticos e poucas iniciativas para a busca ativa das parcerias sexuais.

8. Fortalecimento da articulação intersetorial – os agravos em questão estão incluídos nas doenças de determinação social, assim a articulação intersetorial deve cada vez mais fazer parte do trabalho dos CTA. Apesar dos serviços terem mencionado contato com áreas da assistência social, sistema educacional dentre outros, esta parceria se mostrou muito pontual e com escassas iniciativas de construção de projetos de cuidado com objetivos compartilhados para minimizar os impactos sociais da doença nas populações mais vulnerabilizadas.

9. Maior aproximação com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) – as ações previstas na carteira de serviços necessitam de exames laboratoriais que muitas vezes são realizados/processados pelos Lacen ou outros laboratórios da rede, assim para a qualificação das ações de cuidado como a coleta oportuna de amostras biológicas e agilidade na liberação dos resultados é necessária uma relação mais próxima dos CTA com a rede laboratorial. Algumas iniciativas realizadas ao longo do projeto permitiram redução no tempo de liberação de resultados de exames para início precoce do tratamento, além de canal permanente entre o CTA e o laboratório para esclarecimento de dúvidas, resolução de dificuldades etc.

10. Maior aproximação com OSC – houve pouca participação das OSC na construção das propostas de reestruturação dos CTA, esta mesma constatação foi observada no diagnóstico situacional. Há uma desarticulação entre os CTA e as organizações da sociedade civil, necessitando de um resgate da mobilização social, controle social e entidades ligadas aos direitos humanos para a construção conjunta das políticas de saúde voltada ao HIV e aids, hepatites virais, IST e tuberculose.

11. Maior aproximação com APS – a articulação com a APS foi um importante aspecto trabalhado no projeto, tanto pela sua importância enquanto porta de entrada prioritária no SUS, quanto pela sua atribuição de coordenação do cuidado. Entretanto, quando se abordam agravos como HIV e aids, identificou-se que a APS ainda apresenta fragilidades na execução dos testes rápidos e comunicação do diagnóstico, alguns municípios haviam descentralizado apenas o TR1 na APS, ficando na responsabilidade do CTA o fechamento do diagnóstico. Somado a isso, muitos profissionais da APS externalizaram suas dificuldades diante do diagnóstico confirmado de infecção de HIV. O apoio matricial foi a estratégia encontrada para o fortalecimento da relação do CTA com a APS, entretanto, esta iniciativa encontra barreiras, pois é necessária uma mobilização da gestão municipal na articulação dos serviços, assim como recursos humanos suficientes para que o apoio matricial faça parte do cronograma rotineiro de atividades de ambos os serviços.

12. Ausência de sistema de informação específico para os CTA – o processo de vigilância em saúde, assim como a avaliação de um serviço de saúde necessitam, obrigatoriamente, de dados, geralmente alimentados por um sistema de informação. Com a descontinuação do SI-CTA, muitos serviços estão sem um sistema de informação que consiga gerar indicadores gerenciais e de processo de trabalho para a avaliação das atividades desenvolvidas nos CTA, público atendido dentre outros. Isso, aliado a ausência de informatização dos serviços (muitos mantêm prontuário físico), dificulta a obtenção de informações relevantes para o direcionamento de ações em saúde, o planejamento e a avaliação do CTA.

13. Estímulo à divulgação dos serviços e atividades desenvolvidas nos CTA – muitos CTA envolvidos no processo de reestruturação apontaram dificuldades na divulgação das atividades desenvolvidas nos serviços. As dificuldades vão desde insuficiência de material educativo às dificuldades na articulação com a gestão ou assessoria de comunicação para o desenvolvimento de estratégias que ajudem o CTA na divulgação de ações como a PrEP e PEP.

14. Apoio da gestão municipal e estadual – a ampliação da carteira de serviços durante o processo de reestruturação só foi possível pela mobilização de gestores estaduais e municipais no apoio as ações contidas nos diversos plano de trabalho do CTA, uma vez que as melhorias de estrutura, adequação de recursos humanos, reorganização da rede de saúde, rede laboratorial e resolução de pontos-críticos necessitam de articulações para além da governabilidade dos CTA.

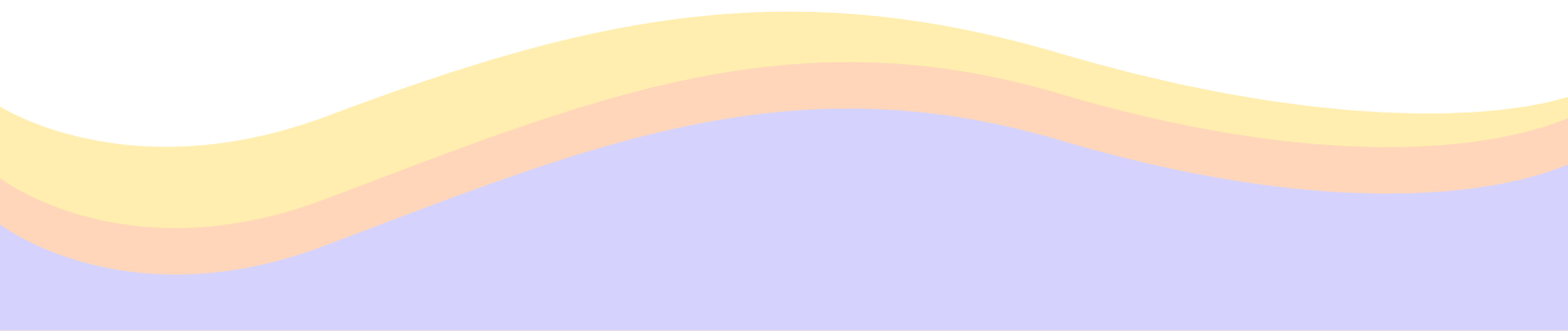
15. Necessidade de clareza das atribuições/identidade do CTA e dos serviços especializados (SAE) – o CTA tem um papel estratégico na oferta da prevenção combinada de modo a promover o diagnóstico precoce, acesso aos insumos de prevenção ou outras tecnologias como a imunização, PrEP e PEP, vinculação dos casos positivos e apoio matricial na RAS. Entretanto, muitas destas ações também estão implantadas em serviços especializados, apesar da ênfase no acompanhamento clínico dos casos positivos de HIV e aids, hepatites virais e IST. As ações em comum de ambos os serviços e a proporção elevada de CTA inseridos em SAE (identificada no diagnóstico situacional), traz uma indiferenciação entre as atribuições de cada um dos serviços, com tendência de valorização das atividades de acompanhamento clínico em detrimento das ações de prevenção.

Este projeto proporcionou um panorama mais recente e abrangente dos CTA no Brasil, bem como a realização de algumas ações bem-sucedidas para a ampliação da carteira de serviços nos CTA reestruturados. Os resultados deste projeto poderão apoiar futuras políticas de saúde e subsidiar novas diretrizes de organização dos CTA.

ANEXOS



ANEXO 1



ANEXO 1 – Questionário CENSO - CTA

EIXO I - IDENTIFICAÇÃO DO CTA/ESTABELECIMENTO

1. Estado/UF:
2. Município:
3. Nome do CTA/estabelecimento:
4. O CTA/estabelecimento possui número do CNES:
 - ☐ Sim, o CNES é exclusivo do CTA
 - ☐ Sim, o CNES é compartilhado com outro serviço de saúde
 - ☐ Não possui

4.1. Se sim, qual o número CNES:
5. Endereço completo do CTA/estabelecimento (logradouro e bairro):

5.1. CEP do CTA/estabelecimento:
6. Telefone do CTA/estabelecimento (com DDD):
7. E-mail:
8. Instituição gestora do CTA/estabelecimento:
 - ☐ Secretaria Estadual/Distrital de Saúde
 - ☐ Secretaria Municipal de Saúde
 - ☐ Ministério da Saúde
 - ☐ Outros (especificar):
9. Ano da implantação/criação do serviço:

EIXO II - FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO E ESTRUTURA FÍSICA

10. Qual o período de funcionamento regular do CTA/estabelecimento? (É possível assinalar mais de uma alternativa)
 - ☐ Manhã
 - ☐ Horário de Almoço
 - ☐ Tarde
 - ☐ Noite
 - ☐ Madrugada

10.1. O CTA/estabelecimento funciona regularmente aos fins de semana?

 - ☐ Sim (*se sim, assinalar uma das alternativas abaixo*)
 - ☐ Sábado
 - ☐ Domingo
 - ☐ Sábado e Domingo
 - ☐ Não

11. O CTA/estabelecimento está situado em área de fácil acesso à população (áreas mais centrais e/ou com boa disponibilidade de transporte público)?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
12. De que forma as pessoas têm acesso aos serviços do CTA/estabelecimento? (É possível assinalar mais de uma alternativa)
- ☐ Procura espontânea/ serviço de “porta aberta”
 - ☐ Consultas agendadas através da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde
 - ☐ Consultas agendadas e com dias fixos de atendimento para cada condição/agravo
 - ☐ Consultas agendadas e sem dias fixos de atendimento para cada condição/agravo
 - ☐ Encaminhamento realizado por outros serviços de saúde
13. O CTA/estabelecimento está localizado fisicamente ou contíguo a um estabelecimento de saúde?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 13.1. Se sim, qual (is)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)
- ☐ Serviço Especializado em IST/HIV/aids/hepatites
 - ☐ Ambulatório de Especialidades Médicas
 - ☐ Hospital
 - ☐ Unidade Básica de Saúde
 - ☐ Centro de Dermatologia Sanitária
 - ☐ Outros (especificar)
14. O CTA/estabelecimento possui sala para realização de atendimentos pela equipe multiprofissional ou aconselhamento individual?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 14.1. Se sim, quantas salas existem?
- 14.2. Se sim, assinalar se há presença dos itens abaixo e em quantas SALAS DE ATENDIMENTO existem o item descrito: (É possível assinalar mais de uma alternativa)
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Maca | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem maca? |
| <input type="radio"/> Computador | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem computador? |
| <input type="radio"/> Pia | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem pia? |
| <input type="radio"/> Cadeira | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem cadeira? |
| <input type="radio"/> Mesa | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem mesa? |
| <input type="radio"/> Ar-condicionado | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem ar-condicionado? |
| <input type="radio"/> Ventilação natural | QUANTAS SALAS DE ATENDIMENTO possuem ventilação natural? |
15. O CTA/estabelecimento possui sala de reunião e/ou espaço para aconselhamento coletivo/ atividades de grupos?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
16. O CTA/estabelecimento possui sala para armazenamento e aplicação de vacinas?
- ☐ Sim, possui sala própria
 - ☐ Sim, mas a sala é compartilhada com outro serviço (mesmo prédio/localização)
 - ☐ Não

Se não, responder as questões abaixo:

16.1. Se não, possui planta física (metragem mínima 6m²) para implantação de sala de vacina?

☐ Sim

☐ Não

16.1.1. Se possuir planta física para implantação de sala de vacina, há instalação hidráulica para colocação de pia?

☐ Sim

☐ Não

16.1.2. Se possuir planta física para implantação de sala de vacina, há instalação elétrica para colocação de câmara de refrigeração para armazenamento de vacina e ar-condicionado?

☐ Sim

☐ Não

17. O CTA/estabelecimento possui farmácia/Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM?

☐ Sim, possui farmácia/UDM própria

☐ Sim, mas a farmácia/UDM é compartilhada com outro serviço (mesmo prédio/localização)

☐ Não, mas possui referência de farmácia/UDM na rede de saúde

☐ Não possui farmácia própria/compartilhada ou de referência

17.1. Se sim, a farmácia/Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) possui quais grupos de medicamentos abaixo?

<u>Grupos de medicamentos:</u>		
Tratamento e profilaxia pós exposição HIV ¹	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Profilaxia pré-exposição do HIV ²	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Profilaxia pós-exposição hepatite B (imunoglobulina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Profilaxia de transmissão vertical (gestante) de hepatite B ³	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tratamento de hepatite B ⁴	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Parcial
Tratamento de hepatite C ⁵	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Parcial
Tratamento de úlceras genitais ⁶	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Parcial
Tratamento de corrimentos uretrais ⁷	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Parcial
Tratamento de corrimentos vaginais e cervicite ⁸	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Parcial
Tratamento de tuberculose ⁹	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tratamento para infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ¹⁰	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Tratamento de hanseníase ¹¹	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

Tratamento para sífilis ¹²	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tratamento de verruga anogenital sugestiva de HPV (tratamento ambulatorial) ¹³	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Tratamento de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ¹⁴	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Observações: Lista de sugestões de medicamentos conforme PCDT IST/Hepatites virais/HIV/Aids – Ministério da Saúde

- (1) Antirretrovirais para uso em pessoas vivendo com HIV (Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF), Dolutegravir (DTG), Profilaxia pós-exposição (Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF), Dolutegravir (DTG))
- (2) Profilaxia pré-exposição (Tenofovir e Emtricitabina)
- (3) Tenofovir
- (4) Tenofovir, Entecavir, Alfapeginterferona
- (5) Glecaprevir/Pibrentasvir, Ledipasvir/Sofosbuvir, Ribavirina, Sofosbuvir, Velpatasvir/Sofosbuvir.
- (6) Aciclovir comprimido, Azitromicina, Doxiciclina e Benzilpenicilina Benzatina (medicamentos de 1° escolha de acordo com PCDT IST)
- (7) Ceftriaxona, Azitromicina, Metronidazol (medicamentos de 1° escolha de acordo com PCDT IST)
- (8) Miconazol ou Nistatina creme vaginal, Metronidazol comprimido, Metronidazol gel vaginal, Ceftriaxona, Azitromicina (medicamentos de 1° escolha de acordo com PCDT IST)
- (9) Pirazinamida, Rifampicina ou Rifabutina, Isoniazida e Etambutol
- (10) Isoniazida, Rifampicina, Rifapentina+ Isoniazida
- (11) Poliquimioterapia única (PQT-U) - Rifampicina, Dapsona e Clofazimina
- (12) Penicilina G Benzatina (medicamento de 1° escolha de acordo com PCDT IST)
- (13) Ácido tricloroacético (ATA)
- (14) Ceftriaxona, Doxiciclina, Metronidazol (medicamentos de 1° escolha de acordo com PCDT IST)

17.2. Se sim, a estrutura atual da farmácia/UDM permite ampliação para inclusão de novos medicamentos?

- ☐ Sim
☐ Não

17.3. Se sim, há farmacêutico na farmácia/UDM?

- ☐ Sim
☐ Não

17.3.1. Se não, por qual motivo (assinalar o motivo mais relevante)

- ☐ Falta de farmacêuticos em número suficiente
☐ Carga horária insuficiente dos farmacêuticos
☐ Afastamentos/licença
☐ Outros (especificar)

17.3.2. Se não, quais profissionais realizam a entrega dos medicamentos às pessoas? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Técnico(a)/auxiliar de farmácia
☐ Técnico(a)/auxiliar de enfermagem
☐ Enfermeira(o)
☐ Médico(a)
☐ Outros (especificar)

18. O CTA/estabelecimento possui sala de curativo?

- ☐ Sim, possui sala própria

- Sim, mas a sala é compartilhada com outro serviço (mesmo prédio/localização)
- Não

EIXO III – FORMAÇÃO/QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

- 19.** Com relação à composição das equipes do CTA/estabelecimento, indique a quantidade de profissionais, a somatória da carga horária semanal total por categoria profissional e a somatória da carga horária semanal **dedicada exclusivamente** para o CTA/estabelecimento por categoria profissional, conforme tabela abaixo. Todos os campos são de preenchimento obrigatório, caso não haja a categoria profissional, preencher com o número "0" (zero)

Exemplo A: CTA possui 3 enfermeiros, todos de 30 horas/semanais e atuam somente no CTA. Dessa forma o preenchimento ficará assim:

- **Quantidade:** 3
- **Somatória da carga horária:** 90h/semanais (3 profissionais de 30 horas)
- **Somatória da carga horária semanal exclusiva:** 90h/semanais (os 3 enfermeiros só realizam atividades vinculadas ao CTA)

Exemplo B: O CTA possui 3 médicos clínicos gerais, 2 profissionais de 20 horas/semanais e 1 profissional de 10h/semanais. Como esse CTA está fisicamente inserido em uma UBS cada um deles dispõem de 5h/semanais para as atividades exclusivas de CTA. Dessa forma o preenchimento ficará assim:

- **Quantidade:** 3
- **Somatória da carga horária:** 50h/semanais (2 profissionais de 20 horas + 1 profissional de 10 horas)
- **Somatória da carga horária semanal exclusiva:** 15h/semanais (cada médico dedica 5h/semanais para atividades exclusivas do CTA)

Profissional de saúde	Quantidade	SOMATÓRIA da carga horária semanal	SOMATÓRIA da carga horária <u>semanal exclusiva</u> para o CTA
Agente de Saúde			
Agente Redutor de danos			
Assistente social			
Assistente/auxiliar administrativo			
Auxiliar/técnico(a) de enfermagem			
Auxiliar/técnico(a) de farmácia			
Biólogo(a)			
Biomédico(a)			
Educador(a) de pares			
Enfermeiro(a)			
Farmacêutico(a)			
Fisioterapeuta			
Médico generalista sem especialidade			
Médico(a) clínico geral			
Médico(a) de família e comunidade			
Médico(a) dermatologista			
Médico(a) ginecologista			
Médico(a) infectologista			
Médico(a) pediatra			

Médico(a) pneumologista			
Médico(a) urologista			
Nutricionista			
Odontólogo(a)			
Psicólogo(a)			
Técnico(a) de laboratório			
Técnico(a) em saúde bucal			
Terapeuta ocupacional			
Outros (especifique categoria e carga horária)			

20. Indique o quantitativo de profissionais, de nível médio e superior, que desempenham as atividades descritas abaixo. Todos os campos são de preenchimento obrigatório, caso não haja profissionais (nível médio ou superior) que realizam as atividades, preencher com o número "0" (zero)

Descrição de atividades realizadas	Nível médio	Nível superior
Realização de Teste Rápido HIV		
Interpretação/resultado de Teste Rápido HIV		
Realização de Teste Rápido sífilis		
Interpretação/resultado de Teste Rápido sífilis		
Realização Teste Rápido hepatite B		
Interpretação/resultado de Teste Rápido hepatite B		
Realização Teste Rápido hepatite C		
Interpretação/resultado de Teste Rápido hepatite C		
Coleta de sangue venoso para exames laboratoriais		
Coleta de exames para sorologias convencionais e teste não treponêmico		
Utilização do equipamento GeneXpert (biologia molecular)		
Realização de Teste Rápido de biologia molecular – IST		
Coleta de amostras genitais e extragenitais para exames de biologia molecular - IST		
Realização de Teste Rápido de biologia molecular - Carga Viral de HIV e/ou hepatites virais		
Coleta de escarro (tuberculose)		
Realização de Teste Rápido de biologia molecular - tuberculose		
Realização de CD4 rápido		
Realização de teste de microscopia para diagnóstico de IST		
Interpretação/laudo do resultado de testes pelo GeneXpert (biologia molecular)		
Interpretação de resultado de sorologias convencionais e teste não treponêmico		
Imunização/aplicação de imunobiológicos (vacina)		
Realização de PT (prova tuberculínica)		
Interpretação de resultado de PT (prova tuberculínica)		
Coleta de raspado intradérmico (hanseníase)		
Análise de baciloscopia para pesquisa de BAAR (hanseníase)		
Realização de Avaliação Neurológica Simplificada		
Diagnóstico e início de tratamento de hanseníase		

21. Indique o quantitativo de profissionais, de nível médio e superior que receberam capacitação (presencial ou educação à distância) para a realização das atividades abaixo. Todos os campos são de preenchimento

obrigatório, caso não haja profissionais (nível médio ou superior) que receberam capacitação para as atividades, preencher com o número "0" (zero)

Competência Técnica	Nível médio	Nível superior
Coleta de sangue para diagnóstico e monitoramento IST/HIV/hepatites virais		
Hanseníase - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
Hanseníase - Manejo clínico		
Hanseníase - Avaliação Neurológica Simplificada		
Hepatite B - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
Hepatite B - Realização de Testes Rápidos		
Hepatite B - Manejo clínico		
Hepatite C - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
Hepatite C - Realização de Testes Rápidos		
Hepatite C - Manejo clínico		
HIV - Capacitação em Profilaxia Pós-Exposição		
HIV - Capacitação em Profilaxia Pré-Exposição		
HIV - Realização de testes rápidos		
HIV/aids - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
HIV/aids - Manejo clínico		
Imunização – aspectos técnicos e administrativos (organização, conservação e registros)		
Imunização – procedimentos para administração de vacinas		
IST - Coleta de amostras genitais e extragenitais para exames de biologia molecular		
IST - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
IST - Manejo clínico		
IST - Realização de testes rápidos de Biologia Molecular (ex:GeneXpert)		
Noções de Biossegurança		
Sífilis - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais (adquirida/gestantes)		
Sífilis - Manejo clínico (adquirida/gestantes)		
Sífilis - Realização de teste rápido		
Tuberculose - Diagnóstico clínico e interpretação de resultados de testes laboratoriais		
Tuberculose - Diagnóstico e manejo clínico de Infecção Latente (ILTb)		
Tuberculose - Manejo clínico TB		
Tuberculose - Realização de teste rápido (Biologia Molecular)		
Curso de Vigilância em Saúde de agravos como HIV/aids, hepatites virais, IST, tuberculose e hanseníase		
Cursos relacionados à Prevenção e Promoção à Saúde		

EIXO IV – ATIVIDADES INTERSETORIAIS E PARCERIAS/ ARTICULAÇÕES REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE

- 22.** O CTA/estabelecimento possui interação rotineira/integração com outros órgãos ou instituições não vinculadas diretamente à saúde (ações intersetoriais)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Ministério Público, Defensoria Pública
- Delegacias de polícia
- Estabelecimentos prisionais (Presídios, Penitenciárias, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), Manicômios Judiciários, Sanatórios Penais, Colônias Agrícolas)
- Estabelecimento para cumprimento de medidas socioeducativas
- Serviços da Assistência Social (exemplo: CRAS, CREAS, Centro Pop)
- Rede de ensino – escolas municipais e/ou estaduais
- Organizações da Sociedade Civil
- Instituições de ensino/Pesquisa
- Conselho tutelar
- Organização/Instituição de Direitos Humanos (governamental ou não-governamental)
- Distritos de Saúde Indígena / Fundação Nacional do Índio
- Entidades religiosas ou entidades filantrópicas
- Outras entidades privadas
- Agências internacionais
- Outros (especificar):
- O CTA/estabelecimento não possui interação rotineira/integração com órgãos ou instituições não vinculadas diretamente à saúde (intersetorial)

23. O CTA/estabelecimento se relaciona/articula com alguma Rede de Saúde em seu Território/Município?

Rede de Atenção Psicossocial (Saúde Mental)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Atenção Primária em Saúde	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Rede especializada – ambulatório de especialidades médicas e multiprofissionais	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Consultório na rua (CnaR)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Atenção Domiciliar	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não existe no território/município
Outros (especificar):			

24. O CTA/estabelecimento possui referência assistencial formal para encaminhamento e acompanhamento clínico dos agravos e/ou condição de saúde (gravidez)? Assinalar “Não se Aplica” quando o serviço acompanha esses casos sem necessidade de encaminhar para outro ponto da rede assistencial ou quando não faz diagnóstico do agravo em questão.

HIV/Aids	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica
Hepatites virais	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica
Infecções sexualmente transmissíveis (HPV, sífilis adquirida, uretrites, úlceras genitais)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica
Tuberculose	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica
Hanseníase	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica
Gestante (sífilis, HIV, hepatites virais)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não se aplica

EIXO V - PERFIL DO PÚBLICO E DOS ATENDIMENTOS NO CTA/ESTABELECIMENTO

25. O CTA/estabelecimento utiliza alguma ficha ou sistema de informação para a caracterização sociodemográfica da população atendida?

- ☐ Sim (se sim, assinale uma ou mais opções abaixo)
 - ☐ Ficha de atendimento, identificação ou prontuário físico (em papel)
 - ☐ Ficha de atendimento, identificação ou prontuário eletrônico
 - ☐ Fichas de notificação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
 - ☐ Planilha eletrônica de registro de atendimentos com uso de Cartão Nacional do SUS
 - ☐ Formulário de solicitação de exame de diagnóstico da infecção pelo HIV-2
 - ☐ Outros (Especificar):
- ☐ Não

26. O CTA/estabelecimento possui informação sobre as faixas etárias da população atendida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

26.1. Complete os campos abaixo, indicando as faixas etárias da população atendida pelo CTA/estabelecimento no último ano, utilizando o número 1 para a faixa etária mais frequente no serviço, número 2 para a segunda maior, número 3 para a terceira maior faixa etária, número 4 para a quarta faixa etária e assim sucessivamente **até o número 7**. Não repetir os números entre as opções. Caso o CTA/estabelecimento não tenha identificado atendimento em alguma(s) opção(ões) abaixo, utilize o número "0" (ZERO).

Menores de 12 anos__

12 – 18 anos__

19 – 29 anos__

30 – 39 anos__

40 – 49 anos__

50 – 59 anos__

60 anos ou mais__

27. O CTA/estabelecimento possui informação sobre o grau de escolaridade da população atendida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

27.1. Complete os campos abaixo, indicando o grau de escolaridade da população atendida pelo CTA/estabelecimento no último ano, utilizando o número 1 para o grau de escolaridade mais frequente no serviço, número 2 para o segundo maior, número 3 para o terceiro grau de escolaridade mais frequente, número 4 para o quarto grau de escolaridade e assim sucessivamente **até o número 8**. Não repetir os números entre as opções. Caso o CTA/estabelecimento não tenha identificado atendimento em alguma(s) opção(ões) abaixo, utilize o número "0" (ZERO).

Sem escolaridade__

Fundamental incompleto__

Fundamental completo__

Médio incompleto__

Médio completo__

Superior incompleto__

Superior completo__

Pós-graduação__

28. Os instrumentos de cadastro/identificação utilizados pelo CTA/estabelecimento fazem uso do nome social?

- ☐ Sim
- ☐ Não

29. Os instrumentos de cadastro/identificação das pessoas no CTA/estabelecimento contêm campos para identificação de populações chave e/ou prioritárias para o HIV e outras populações vulneráveis na caracterização da população atendida?

- ☐ Sim
- ☐ Não

29.1. Se sim, identifique as populações chave/prioritárias para o HIV e outras populações vulneráveis existentes nos campos dos instrumentos de cadastro/identificação (É possível assinalar mais de uma alternativa):

- ☐ Pessoas que usam álcool e outras drogas
- ☐ População Negra
- ☐ Trabalhadoras(es) do sexo
- ☐ Pessoas trans e travestis
- ☐ Pessoas privadas de liberdade
- ☐ Gays e Homens que fazem sexo com homens (HSH)
- ☐ Lésbicas
- ☐ Bissexuais
- ☐ Pessoas em situação de rua
- ☐ Gestantes
- ☐ Imigrantes e refugiados
- ☐ Pessoas institucionalizadas
- ☐ Parcerias sorodiscordantes
- ☐ Outro(s) (especificar):

30. Complete os campos abaixo, indicando as populações chave/prioritárias para o HIV e outras populações vulneráveis atendidas pelo CTA/estabelecimento no último ano, utilizando o número 1 para a população mais atendida, número 2 para a segunda população mais atendida, número 3 para a terceira população mais atendida, número 4 para a quarta população mais atendida e assim sucessivamente **até o número 14***. Não repetir os números entre as opções. Caso o CTA/estabelecimento não tenha identificado atendimento em alguma(s) opção(ões) abaixo, utilize o número "0" (ZERO).

**Se for utilizado o campo "outros" o número de populações poderá chegar até o número 15.*

Pessoas que usam álcool e outras drogas___

População Negra___

Trabalhadoras(es) do sexo___

Pessoas trans e travestis___

Pessoas privadas de liberdade___

Gays e Homens que fazem sexo com homens (HSH) ___

Lésbicas___

Bissexuais___

Pessoas em situação de rua___

Gestantes___

Imigrantes e refugiados ____
Pessoas institucionalizadas ____
Parcerias sorodiscordantes ____
População geral (nenhuma das populações citadas acima) ____
○Outro(s) (especificar população e a posição que ocupa):

- 31.** Complete os campos abaixo, indicando as principais origens do público atendido pelo CTA/estabelecimento no último ano, utilizando o número 1 para a os serviços com maior volume de encaminhamentos, número 2 para o segundo maior serviço com maior quantidade de encaminhamentos número 3 para a terceiro serviço com maior quantidade de encaminhamentos, número 4 para o quarto serviço com maior quantidade de encaminhamentos e assim sucessivamente **até o número 11**. Não repetir os números entre as opções. Caso o CTA/estabelecimento não tenha identificado atendimento em alguma(s) opção(ões) abaixo, utilize o número "0" (ZERO).

Busca direta/ Demanda espontânea da pessoa

Banco de Sangue e hemoderivados ____

Atenção Primária em Saúde ____

Ambulatório de Especialidades ____

Hospitais e Pronto Atendimentos Públicos ____

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou outros pontos da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) ____

Serviço de Saúde Privado ____

Serviço de Assistência Social (Centro POP, CRAS, CREAS) ____

Organização da Sociedade Civil ____

Atividades específicas e/ou campanhas relacionadas à prevenção de HIV/IST ____

Atividades específicas e/ou campanhas relacionadas à prevenção de doenças crônicas transmissíveis (Tuberculose, Hanseníase) ____

- 32.** O CTA/estabelecimento atende, em média, quantas pessoas por dia? (Descreva apenas em números Ex:99)

EIXO VI - ATIVIDADES REALIZADAS PELO CTA/ESTABELECIMENTO

Responder as perguntas abaixo referente as atividades internas desenvolvidas no CTA/estabelecimento:

AÇÕES GERAIS:

- 33.** Realiza atividade de acolhimento?

○ Sim ○ Não

- 34.** Realiza orientação/aconselhamento pré-teste?

○ Sim ○ Não

- 34.1.** Se sim, em qual modalidade a orientação/aconselhamento pré-teste é realizado:

○ Individual

○ Coletiva

○ Ambas (individual e coletiva)

- 35.** Realiza orientação/aconselhamento pós-teste?

○ Sim ○ Não

- 36.** O CTA/estabelecimento **realiza** abordagem multiprofissional visando o cuidado das pessoas que utilizam o serviço?

- ☐ Sim
- ☐ Não

37. Nos casos de sofrimento psíquico, qual é o suporte oferecido pelo CTA/estabelecimento? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Atendimento no próprio CTA/estabelecimento
- ☐ Encaminhamento para Atenção Primária em Saúde/ Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
- ☐ Encaminhamento para CAPS
- ☐ Encaminhamento Pronto Socorro Psiquiátrico/Geral
- ☐ Outros (especificar):

AÇÕES RELACIONADAS À PREVENÇÃO

38. O CTA/estabelecimento realiza ações de prevenção?

- ☐ Sim
- ☐ Não

38.1. Se sim, quais ações dentre as abaixo são realizadas? (É possível assinalar mais de uma alternativa.)

- ☐ Orientações sobre a prática de redução de danos
- ☐ Orientações sobre o uso de preservativos
- ☐ Testagem para HIV e outras IST
- ☐ Tratamento de pessoas vivendo com HIV
- ☐ Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicada
- ☐ Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicada
- ☐ Abordagens em grupo e individuais promovendo espaços de reflexão e conversa
- ☐ Orientações de Práticas de sexo seguro (hierarquia de risco nas relações sexuais)
- ☐ Testagem regular de sorologias para casais
- ☐ Orientação sobre acordos/pactos entre casais (estratégia de comportamentos)
- ☐ Atividade de imunização
- ☐ Orientação sobre acesso à anticoncepção e concepção
- ☐ Exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica)
- ☐ Orientação às gestantes HIV positivas sobre tratamento e fórmulas lácteas
- ☐ Orientação sobre não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como lâminas, alicates de unhas e seringas

39. O CTA/estabelecimento disponibiliza quais insumos de prevenção? (É possível assinalar mais de uma alternativa.)

- ☐ Preservativo interno
- ☐ Preservativo externo
- ☐ Gel lubrificante
- ☐ Não disponibiliza insumos de prevenção

39.1. Se o CTA/estabelecimento disponibiliza insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante), a retirada está condicionada a alguma situação abaixo? (É possível assinalar mais de uma alternativa.)

- ☐ Identificação/cadastro da pessoa no serviço
- ☐ Realização de atendimento específico no serviço
- ☐ A retirada de insumos é de livre acesso sem necessidade de cadastro ou atendimento

40. O CTA/estabelecimento promove ações de redução de danos disponibilizando insumos/kit de redução de danos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

40.1. Se sim, assinalar os componentes existentes do kit de redução de danos (É possível assinalar mais de uma alternativa):

- ☐ Seringas e agulhas descartáveis
- ☐ Canudo
- ☐ Chapa de alumínio
- ☐ Cartão
- ☐ Lenço umedecido em álcool
- ☐ Água destilada
- ☐ Recipiente de diluição
- ☐ Garrote
- ☐ Soro de limpeza nasal
- ☐ Folheto informativo
- ☐ Preservativos
- ☐ Cachimbo (com ou sem bucal extra)
- ☐ Protetor labial

40.2. Se sim, os insumos/kit de redução de danos são disponibilizados por qual(is) instância(s)/instituições? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Ministério da Saúde
- ☐ Secretaria Estadual de Saúde
- ☐ Secretaria Municipal de Saúde
- ☐ Organizações da Sociedade Civil
- ☐ Outros (especificar):

ATIVIDADE REALIZADA POR AGRAVO – HIV/AIDS

41. O CTA/estabelecimento disponibiliza autoteste de HIV?

- ☐ Sim
- ☐ Não

42. O CTA/estabelecimento realiza testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV?

- ☐ Sim
- ☐ Não

42.1. Se o CTA/estabelecimento disponibiliza/realiza testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV, assinalar abaixo, o tipo de **teste mais utilizado como primeira escolha** conforme fluxograma de diagnóstico estabelecido no serviço:

- ☐ Autoteste fluido oral
- ☐ Autoteste punção digital
- ☐ TR com amostra de fluido oral
- ☐ TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) – TR1
- ☐ TR de 4ª geração
- ☐ ELISA e variações
- ☐ Quimioluminescência
- ☐ Western blot/Imunoblot/ Imunoblot rápido
- ☐ Imunofluorescência indireta
- ☐ Teste molecular (carga viral)
- ☐ Teste rápido molecular (carga viral rápida)

42.2. No caso de resultado positivo no primeiro exame escolhido na pergunta 41.1, assinalar abaixo, o teste mais utilizado e realizado em sequência **(segundo teste)** conforme fluxograma de diagnóstico estabelecido no serviço:

- ☐ Autoteste fluido oral
- ☐ Autoteste punção digital

- ☐ TR com amostra de fluido oral
- ☐ TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) do mesmo fabricante do primeiro teste
- ☐ TR por punção digital/venosa (exceto de 4ª geração) de fabricante diferente do primeiro teste – TR2
- ☐ TR de 4ª geração
- ☐ ELISA e variações
- ☐ Quimioluminescência
- ☐ Western blot/Imunoblot/ Imunoblot rápido
- ☐ Imunofluorescência indireta
- ☐ Teste molecular (carga viral)
- ☐ Teste rápido molecular (carga viral rápida)

42.3. No caso de resultado positivo, nos dois primeiros exames realizados em sequência para o diagnóstico da infecção pelo HIV, o CTA/estabelecimento solicita algum teste complementar?

- ☐ Sim ☐ Não

42.3.1. Se sim, assinalar o teste complementar mais frequente, utilizado no fluxograma de diagnóstico de infecção pelo HIV, estabelecido pelo serviço:

- ☐ Autoteste fluido oral
- ☐ Autoteste punção digital
- ☐ TR com amostra de fluido oral
- ☐ TR por punção digital (exceto de 4ª geração)
- ☐ TR de 4ª geração
- ☐ ELISA e variações
- ☐ Quimioluminescência
- ☐ Western blot/Imunoblot/ Imunoblot rápido
- ☐ Imunofluorescência indireta
- ☐ Teste molecular (carga viral)
- ☐ Teste rápido molecular (carga viral rápida)

42.4. Se sim, qual a conduta adotada pelo CTA/estabelecimento em caso de discordância entre os testes? (assinalar somente uma alternativa)

- ☐ Repetição do fluxograma com os mesmos dispositivos diagnósticos
- ☐ Repetição do fluxograma com outros dispositivos diagnósticos
- ☐ Realização de fluxograma laboratorial: imunoensaio seguido de teste molecular
- ☐ Realização de fluxograma laboratorial: imunoensaio seguido de Western blot/Imunoblot
- ☐ Realização de ELISA e variações
- ☐ Realização de Quimioluminescência
- ☐ Realização de Western blot/ Imunoblot/ Imunoblot rápido
- ☐ Realização de Imunofluorescência indireta
- ☐ Realização de Teste molecular (carga viral)
- ☐ Realização de Teste rápido molecular (carga viral rápida)

43. O CTA/estabelecimento solicita exames de monitoramento das pessoas vivendo com HIV (PVHIV)?

- ☐ Sim ☐ Não

43.1. Se sim, quais exames podem ser solicitados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Contagem de linfócitos CD4+/CD8+
- ☐ Testes Moleculares (Carga Viral para HIV)
- ☐ Genotipagem pré-tratamento
- ☐ Hemograma completo
- ☐ Glicemia de jejum

- ☐ Colesterol total
- ☐ Colesterol – frações
- ☐ Triglicérides
- ☐ Aspartato aminotransferase (AST/TGO)
- ☐ Alanina aminotransferase (ALT/TGP)
- ☐ Fosfatase alcalina (FA/ALP)
- ☐ Gama glutamil transferase (GGT)
- ☐ Bilirrubina total e frações (BT+F)
- ☐ Ureia
- ☐ Creatinina
- ☐ Urina tipo 1/Exame Qualitativo de urina
- ☐ Teste imunológico para sífilis
- ☐ Teste de biologia molecular para detecção de clamídia e gonococo
- ☐ Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs)
- ☐ Sorologia para toxoplasmose (IgG)
- ☐ Sorologia para HTLV I e II
- ☐ Sorologia para Chagas
- ☐ Prova tuberculínica (PT)
- ☐ Radiografia de tórax

44. Qual a média diária, de testes rápidos de HIV, realizados pelo CTA/estabelecimento? (Inserir o quantitativo em número)

45. O CTA/estabelecimento realiza o encaminhamento das pessoas com resultados positivos para HIV para o serviço de referência?

- ☐ Sim ☐ Não

45.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo a pessoa pode ser encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial – Centro Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

46. O CTA/estabelecimento realiza acompanhamento das pessoas com resultados positivos para HIV?

- ☐ Sim ☐ Não

47. O CTA/estabelecimento inicia a terapia antirretroviral (TARV) para os casos confirmados de pessoas vivendo com HIV?

- ☐ Sim ☐ Não

48. O CTA/estabelecimento realiza profilaxia pós-exposição (PEP)?

- ☐ Sim ☐ Não

48.1. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza seguimento da pessoa que realizou a profilaxia pós-exposição (PEP) até 12 semanas?

- ☐ Sim ☐ Não

49. O CTA/estabelecimento realiza profilaxia pré-exposição (PrEP)?

- ☐ Sim ☐ Não

49.1. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza seguimento da pessoa que opta pela profilaxia pré-exposição (PrEP), em intervalos menores que 3 meses, até a adesão à estratégia ser considerada adequada?

- ☐ Sim ☐ Não

49.2. Se sim, após o acompanhamento inicial da pessoa que faz uso de PrEP, o CTA/estabelecimento realiza acompanhamento da pessoa, de 3 em 3 meses, de forma contínua até interrupção da PrEP?

- ☐ Sim ☐ Não

50. O CTA/estabelecimento compartilha o cuidado da pessoa vivendo com HIV com outros serviços da rede assistencial?

- ☐ Sim ☐ Não

50.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
☐ Serviços de Atenção Hospitalar
☐ Serviço de Atenção Domiciliar
☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

ATIVIDADE REALIZADA POR AGRAVO – HEPATITES VIRAIS

HEPATITE B:

51. - O CTA/estabelecimento realiza exames de triagem para hepatite B?

- ☐ Sim ☐ Não

51.1. Se sim, quais exames são realizados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Teste rápido (TR) HBsAg
☐ Sorologia HBsAg

51.2. Se sim, o profissional avalia a situação vacinal para hepatite B antes de realizar o teste de triagem?

- ☐ Sim ☐ Não

51.3. Se sim, o teste rápido para hepatite B é disponibilizado/realizado sempre que uma pessoa busca testes para outros agravos e não esteja previamente vacinado para hepatite B?

- ☐ Sim ☐ Não

51.4. Se sim, qual a média diária de testes rápidos de hepatite B, realizados pelo CTA/estabelecimento? (Inserir o quantitativo em número)

52. O CTA/estabelecimento solicita exames confirmatórios para hepatite B?

- ☐ Sim ☐ Não

52.1. Se sim, assinalar abaixo quais exames são solicitados? (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Sorologia (HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBc, anti-HBeAg)
- ☐ Carga viral para HBV (HBV-DNA)

52.2. Se não, o profissional do CTA/estabelecimento encaminha a pessoa para outro serviço onde esses exames confirmatórios são solicitados/realizados?

- ☐ Sim
- ☐ Não

53. O CTA/estabelecimento solicita exames complementares para acompanhamento da hepatite B?

- ☐ Sim
- ☐ Não

53.1. Se sim, quais exames podem ser solicitados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Sorologia hepatite A (Anti-HAV - IgG)
- ☐ Sorologia hepatite Delta (Anti-HDV)
- ☐ Hemograma com plaquetas
- ☐ Coagulograma
- ☐ Na (sódio)
- ☐ K (potássio)
- ☐ Ureia
- ☐ Creatinina
- ☐ Aspartato aminotransferase (AST/TGO)
- ☐ Alanina aminotransferase (ALT/TGP)
- ☐ Fosfatase alcalina (FA/ALP)
- ☐ Gama glutamil transferase (GGT)
- ☐ Bilirrubina total e frações (BT+F)
- ☐ Glicemia de jejum
- ☐ Proteína total/Albumina
- ☐ Urina tipo 1/Exame Qualitativo de urina
- ☐ TSH
- ☐ T4 Livre
- ☐ Colesterol total
- ☐ Colesterol – frações
- ☐ Triglicérides
- ☐ Ferritina
- ☐ Ultrassonografia de abdome superior
- ☐ Elastografia hepática
- ☐ Beta-HCG

54. O CTA/estabelecimento realiza o encaminhamento para o serviço de referência para as pessoas com resultados positivos para infecção por hepatite B?

- ☐ Sim
- ☐ Não

54.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar

- Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

55. O CTA/estabelecimento realiza a prescrição inicial para o tratamento de hepatite B, se houver indicação?

- Sim
- Não

56. O CTA/estabelecimento realiza a prescrição inicial de **tenofovir** para gestantes, quando existir a indicação, como ação de profilaxia da transmissão vertical da hepatite B?

- Sim
- Não

57. O CTA/estabelecimento compartilha o cuidado da pessoa com hepatite B com outros serviços da rede assistencial local?

- Sim
- Não

57.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Serviços de Atenção Primária à Saúde
- Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- Serviços de Atenção Hospitalar
- Serviço de Atenção Domiciliar
- Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

HEPATITE C

58. O CTA/estabelecimento realiza exames de triagem para hepatite C?

- Sim
- Não

58.1. Se sim, quais exames de triagem são realizados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Teste rápido (TR) anti-HCV
- Sorologia anti-HCV

58.2. Qual a média diária de exames de triagem para hepatite C realizados pelo CTA/estabelecimento? (Inserir o quantitativo em número):

59. O CTA/estabelecimento solicita exames confirmatórios para hepatite C?

- Sim
- Não

59.1. Se sim, assinalar abaixo quais exames são solicitados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Carga viral para HCV (HCV-RNA)
- Teste Molecular Rápido - carga viral para HCV (HCV-RNA)

59.2. Se não, o profissional do CTA/estabelecimento encaminha a pessoa para outro serviço onde esses exames confirmatórios são solicitados/realizados?

- Sim
- Não

60. O CTA/estabelecimento solicita exames complementares e de acompanhamento da hepatite C?

- ☐ Sim ☐ Não

60.1. Se, sim quais exames podem ser solicitados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Sorologia hepatite A (Anti-HAV - IgG)
- ☐ Sorologia hepatite B (Anti-HBs/Anti-HBc/AgHBs)
- ☐ Hemograma com plaquetas
- ☐ Coagulograma
- ☐ Na (sódio)
- ☐ K (potássio)
- ☐ Ureia
- ☐ Creatinina
- ☐ Aspartato aminotransferase (AST/TGO)
- ☐ Alanina aminotransferase (ALT/TGP)
- ☐ Fosfatase alcalina (FA/ALP)
- ☐ Gama glutamil transferase (GGT)
- ☐ Bilirrubina total e frações (BT+F)
- ☐ Glicemia de jejum
- ☐ Proteína total/Albumina
- ☐ Urina tipo 1/Exame Qualitativo de urina
- ☐ TSH
- ☐ T4 Livre
- ☐ Colesterol total
- ☐ Colesterol – frações
- ☐ Triglicérides
- ☐ Ferritina
- ☐ Genotipagem para HCV
- ☐ Ultrassonografia de abdome superior
- ☐ Elastografia hepática
- ☐ Beta-HCG

61. O CTA/estabelecimento realiza o encaminhamento para o serviço de referência as pessoas com resultados positivos para infecção por hepatite C?

- ☐ Sim ☐ Não

61.1. Se sim, utiliza o **escore APRI*** para definir o nível de atenção para onde deverá ser realizado o encaminhamento para a continuidade do cuidado?

***Escore APRI** – Estima o comprometimento hepático/grau de fibrose

- ☐ Sim ☐ Não

61.2. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial – Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

62. O CTA/estabelecimento realiza a prescrição inicial para o tratamento de hepatite C?

- ☐ Sim ☐ Não

62.1. Se sim, assinale em qual(is) situação(ões)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Hepatite C aguda
☐ Hepatite C crônica

63. O CTA/estabelecimento compartilha o cuidado da pessoa com hepatite C com outros serviços da rede assistencial local?

- ☐ Sim ☐ Não

63.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
☐ Serviços de Atenção Hospitalar
☐ Serviço de Atenção Domiciliar
☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

PERGUNTAS COMPLEMENTARES EM HEPATITES

64. O CTA/estabelecimento solicita sorologia anti-HAV (IgM) em casos de suspeita de hepatite A?

- ☐ Sim ☐ Não

65. O CTA/estabelecimento teria capacidade de realizar o armazenamento e aplicação de vacina de hepatite A para a população que acessa o serviço e que possui indicação para vacinação?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica, pois o serviço já disponibiliza e aplica a vacina

ATIVIDADES REALIZADAS POR AGRAVO – OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) – EXCETO HIV E HEPATITES VIRAIS

66. O CTA/estabelecimento realiza/solicita testes para sífilis? (exemplo: Teste Rápido Sífilis, sorologia convencional – testes treponêmico e não treponêmicos, etc)

- ☐ Sim ☐ Não

66.1. Se sim, quais testes diagnósticos são solicitados ou realizados? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Microscopia de campo escuro ou pesquisa direta com material corado
☐ Teste rápido para sífilis
☐ Testes não treponêmicos (exemplos: VDRL, RPR, USR ou TRUST)
☐ Testes treponêmicos (exemplos: FTA-ABS, ELISA, TPHA, MHA-TP, Quimioluminescência)

67. O CTA/estabelecimento realiza ou solicita testes diagnósticos para IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais)?

- ☐ Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnósticos para IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais).
☐ Solicita e/ou realiza coleta de teste diagnósticos para alguma IST (exceto sífilis, HIV e hepatites virais)
(Se marcada essa opção, abre opções abaixo):

☐ *Chlamydia trachomatis*

- ☐ Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
☐ Biologia molecular (NAAT, Captura híbrida)
☐ Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento

- Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ *Neisseria gonorrhoeae*

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Exame de microscopia (Gram)
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Cultura
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Biologia molecular (NAAT, Captura híbrida)
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ *Mycoplasma genitalium*

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Biologia molecular (NAAT)
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

referência

○ *Trichomonas vaginalis*

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Teste das aminas/ Teste de Whiff (secreção vaginal)
 - Realiza no CTA/estabelecimento
 - Solicita teste para realização em outro estabelecimento
- Teste de pH vaginal
 - Realiza no CTA/estabelecimento
 - Solicita teste para realização em outro estabelecimento
- Exame de microscopia
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Biologia molecular

referência

- Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
- Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de

referência

- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ Papilomavirus humano (HPV)

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Citologia cervical
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de

referência

- Citologia anal
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de

referência

- Biologia molecular (NAAT, Captura híbrida)
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de

referência

- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ Vírus do herpes simples tipo 1 e tipo 2 (HSV-1 e HSV-2)

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Biologia Molecular
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de

referência

- Teste sorológicos
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta em outro estabelecimento/ laboratório de referência

- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ *Klebsiella granulomatis*

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

○ *Haemophilus ducreyi*

- Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
- Exame de microscopia (Gram)
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento

- Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
- Solicita exame com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de referência
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):
- Vírus linfotrófico da célula T humana tipo 1 e 2 (HTLV-1 e HTLV-2)
 - Não solicita ou não realiza coleta de teste diagnóstico
 - Imunoensaios enzimáticos para detecção de anticorpos
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de referência
- Imunoensaios em linha, western blot
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de referência
- Biologia molecular
 - Realiza coleta e análise no CTA/estabelecimento
 - Realiza coleta em CTA/estabelecimento e encaminha amostra para análise em outro estabelecimento/laboratório de referência
 - Solicita teste com coleta e análise em outro estabelecimento/ laboratório de referência
- Outros (especificar – NÃO USAR SIGLAS):

- Outro patógeno (especifique o patógeno e a metodologia):

67.1. No caso de testes diagnósticos para *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, qual a abordagem diagnóstica que o CTA/estabelecimento realiza para esses patógenos (é possível assinalar mais de uma alternativa)?

- *Chlamydia trachomatis*
 - Testes diagnósticos para investigação etiológica de IST sintomática
 - Testes diagnósticos para rastreamento de *Chlamydia trachomatis* em pessoas assintomáticas
 - Não realiza ou solicita testes diagnósticos para investigação etiológica e/ou rastreamento de *Chlamydia trachomatis*
- *Neisseria gonorrhoeae*
 - Testes diagnósticos para investigação etiológica de IST sintomática
 - Testes diagnósticos para rastreamento de *Neisseria gonorrhoeae* em pessoas assintomáticas
 - Não realiza ou solicita testes diagnósticos para investigação etiológica e/ou rastreamento de *Neisseria gonorrhoeae*
- Não realiza ou solicita testes diagnósticos para investigação etiológica e/ou rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e de *Neisseria gonorrhoeae*

68. O CTA/estabelecimento realiza tratamento para as infecções sexualmente transmissíveis sintomáticas (exceto HIV e hepatites virais)?

- ☐ Sim ☐ Não

68.1. Se sim, assinalar a melhor opção abaixo:

- ☐ Apenas tratamento baseado em abordagem sindrômica
- ☐ Apenas tratamento baseado em abordagem etiológica
- ☐ Tratamento baseado em abordagem sindrômica e etiológica

69. O CTA/estabelecimento realiza aplicação de Penicilina G Benzatina para tratamento de sífilis?

- ☐ Sim ☐ Não

69.1. Se sim, assinalar a(s) população(ões) que são habitualmente tratadas para sífilis: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ População em geral
- ☐ Gestantes

70. O CTA/estabelecimento realiza o acompanhamento dos casos de sífilis da população em geral (exceto crianças e gestantes)?

- ☐ Sim ☐ Não

70.1. Se não realiza acompanhamento, o CTA/estabelecimento encaminha a pessoa para tratamento e seguimento?

- ☐ Sim ☐ Não

70.1.1. Se sim para a pergunta acima, para quais serviços de saúde a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais

71. O CTA/estabelecimento realiza o acompanhamento dos casos de sífilis em gestante?

- ☐ Sim ☐ Não

71.1. Se não realiza acompanhamento, o CTA/estabelecimento encaminha a gestante para tratamento e seguimento em outro serviço de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

71.1.1. Se sim para a pergunta acima, para quais serviços de saúde a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar/Maternidades/Casas de parto
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais e ambulatórios de saúde da mulher

ATIVIDADE REALIZADA POR AGRAVO – TUBERCULOSE

72. O CTA/estabelecimento realiza alguma ação relacionada à tuberculose?

- ☐ Sim ☐ Não

72.1. Se sim, assinalar as ações realizadas pelo CTA/estabelecimento: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Rastreamento de tuberculose ativa para pessoas vivendo com o HIV
- ☐ Rastreamento de tuberculose latente para pessoas vivendo com HIV e/ou imunossupressão por outras condições clínicas
- ☐ Busca ativa de sintomáticos respiratórios para todas as pessoas que procuram os serviços do CTA/estabelecimento
- ☐ Realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade

72.2. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza ou solicita/encaminha testes diagnósticos para tuberculose?

- ☐ Sim ☐ Não

72.2.1. Se sim, para qual(is) teste(s)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Baciloscopia de escarro
- ☐ Cultura para *Mycobacterium tuberculosis*
- ☐ Teste de sensibilidade em cultura para os casos em que há recomendação
- ☐ Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)
- ☐ LF-LAM na urina
- ☐ Raio X de tórax

72.3. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza ou solicita/encaminha testes diagnósticos para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)?

- ☐ Sim ☐ Não

72.3.1. Se sim, para qual(is) teste(s)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Prova Tuberculínica (PT)
- ☐ IGRA (*Interferon Gama Release Assay*- ensaios de detecção de interferon gama)

72.4. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza a prescrição inicial para o tratamento de tuberculose?

- ☐ Sim ☐ Não

72.5. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza busca ativa dos contatos das pessoas diagnosticadas com tuberculose?

- ☐ Sim ☐ Não

72.6. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza o acompanhamento das pessoas diagnosticadas com tuberculose ativa?

- ☐ Sim ☐ Não

72.7. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza o acompanhamento das pessoas diagnosticadas com tuberculose latente?

- ☐ Sim ☐ Não

72.8. Se sim, o CTA/estabelecimento encaminha as pessoas com diagnóstico de tuberculose ativa ou latente para serviço de referência? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Diagnóstico de tuberculose ativa
- ☐ Diagnóstico de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB)
- ☐ Não encaminha

72.8.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais
- ☐ Serviços de Atenção Secundária específica para tuberculose
- ☐ Serviços de Atenção Terciária específica para tuberculose

72.9. Se sim, o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado da pessoa com tuberculose com outros serviços da rede assistencial local?

- ☐ Sim ☐ Não

72.9.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais
- ☐ Serviços de Atenção Secundária específica para tuberculose
- ☐ Serviços de Atenção Terciária específica para tuberculose

ATIVIDADE REALIZADA POR AGRAVO – HANSENÍASE

73. – O CTA/estabelecimento realiza alguma ação relacionada à hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.1. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza exame físico para diagnóstico das pessoas acometidas pela hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.2. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza ou solicita/encaminha baciloscopia como exame complementar para diagnóstico de hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.3. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza ou solicita/encaminha biópsia de pele como exame complementar para diagnóstico de hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.4. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza avaliação neurológica simplificada das pessoas acometidas pela hanseníase ou encaminha para que seja avaliado em outro serviço?

- ☐ Sim ☐ Não

73.5. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza busca ativa dos contatos das pessoas acometidas pela hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.6. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza a prescrição inicial de poliquimioterapia (PQTU) para hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.7. Se sim, o CTA/estabelecimento disponibiliza insumos de autocuidado em hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.7.1. Se sim, assinalar os insumos disponibilizados: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Hidratante
- ☐ Protetor solar
- ☐ Óleo mineral
- ☐ Colírio
- ☐ Bonés/chapéu/óculos
- ☐ Outros (especificar)

73.8. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza uma abordagem multiprofissional garantindo a reabilitação das pessoas que possuem incapacidades físicas?

- ☐ Sim ☐ Não

73.9. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza abordagem de reabilitação social e econômica para as pessoas com incapacidades físicas em decorrência da hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.10. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza o acompanhamento das pessoas diagnosticadas com hanseníase?

- ☐ Sim ☐ Não

73.11. Se sim, o CTA/estabelecimento encaminha as pessoas com diagnóstico de hanseníase para serviço de referência?

- ☐ Sim ☐ Não

73.11.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo a pessoa é encaminhada? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais
- ☐ Centro de Dermatologia Sanitária

73.12. Se sim, o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado da pessoa acometidas pela hanseníase com outros serviços da rede assistencial local?

- ☐ Sim ☐ Não

73.12.1. Se sim, para qual(is) dos serviços abaixo o CTA/estabelecimento compartilha o cuidado? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Serviços de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Serviços de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Serviços de Atenção Hospitalar
- ☐ Serviço de Atenção Domiciliar
- ☐ Serviços de Atenção Psicossocial - Centro Atenção psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental
- ☐ Serviços de Atenção Especializada – Ambulatórios médicos/multiprofissionais
- ☐ Centro de Dermatologia Sanitária

IMUNIZAÇÃO

74. O CTA/estabelecimento faz aplicação de vacina(s)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

74.1. Se sim, selecione as vacinas aplicadas no serviço: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Hepatite A
- ☐ Hepatite B
- ☐ HPV quadrivalente (6,11,16 e 18)
- ☐ Pneumocócica 23 – valente (Pn-23)
- ☐ Meningocócica C
- ☐ Difteria/Tétano (dupla adulto)
- ☐ Febre Amarela
- ☐ Sarampo, Caxumba, Rubéola
- ☐ Influenza
- ☐ COVID-19
- ☐ BCG (contato de pessoas acometidas pela hanseníase)
- ☐ Outros (especificar):

74.2. Se não, o CTA/estabelecimento encaminha a pessoa para outro serviço para realização de imunização?

- ☐ Sim
- ☐ Não

REDUÇÃO DE DANOS

75. O CTA/estabelecimento realiza ações de redução de danos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

75.1. Se sim, assinalar o público-alvo dessas ações: (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Pessoas que usam álcool e outras drogas
- ☐ Gays e homens que fazem sexo com homens
- ☐ Trabalhadoras(es) do sexo
- ☐ Pessoas trans e travestis
- ☐ Pessoas que utilizam/utilizaram silicone industrial e/ou hormônios
- ☐ Pessoas privadas de liberdade em instituições prisionais
- ☐ Crianças e adolescentes internadas(os) em unidades para cumprimento de medidas socioeducativas
- ☐ Jovens
- ☐ População negra
- ☐ População indígena
- ☐ Pessoas em situação de rua
- ☐ Imigrantes e refugiados
- ☐ Pessoas acometidas pela hanseníase

AÇÕES EXTRAMUROS

76. O CTA/estabelecimento realiza ações extramuros?

- ☐ Sim ☐ Não

76.1. Se sim, assinalar as ações extramuros realizadas: (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Atividades de educação em saúde em instituições (ex: escola, associação, unidades prisionais, estabelecimentos para cumprimento de medidas socioeducativas etc.)
- ☐ Testagem rápida extramuro para o HIV e/ou sífilis e/ou hepatites virais (testes rápidos)
- ☐ Autoteste para HIV
- ☐ Orientações pré e pós-teste
- ☐ Atividades de orientação preventiva
- ☐ Disponibilização de preservativos interno e externo e gel lubrificante
- ☐ Disponibilização de kit de redução de danos
- ☐ Disponibilização de material informativo/educativo
- ☐ Trabalho de campo de redução de danos
- ☐ Ações de prevenção e/ou controle de IST, sífilis, HIV e hepatites virais
- ☐ Ações de prevenção e/ou controle de tuberculose
- ☐ Ações de busca ativa de novos casos de hanseníase

77. Desenvolve ações de prevenção, de base comunitária, de testagem com lideranças/organizações da Sociedade Civil? (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Sim, com lideranças/organizações que trabalham com o tema HIV, IST, sífilis
- ☐ Sim, com lideranças/organizações que trabalham com o tema hepatites
- ☐ Sim, com lideranças/organizações que trabalham com o tema tuberculose
- ☐ Sim, com lideranças/organizações que trabalham com o tema hanseníase
- ☐ Não, o estabelecimento/ CTA não realiza ações de prevenção com lideranças/organizações da Sociedade Civil
- ☐ Outros (especificar):

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E APOIO MATRICIAL

78. O CTA/estabelecimento realiza atividades de capacitação/ educação permanente em saúde?

- ☐ Sim
☐ Não

78.1. Se sim, identifique o(s) público(s)-alvo dessas ações. (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Trabalhadores(as) da rede de Atenção Primária à Saúde
- ☐ Trabalhadores(as) da rede de Atenção Especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Trabalhadores(as) de Ambulatório de especialidades médicas e multiprofissionais
- ☐ Trabalhadores(as) da rede hospitalar e de urgência/emergência
- ☐ Trabalhadores(as) de outros CTA/estabelecimentos
- ☐ Trabalhadores (as) consultório na rua
- ☐ Trabalhadores de Atenção Domiciliar
- ☐ Outros (especificar):

79. O CTA/estabelecimento **realiza apoio matricial** para outros serviços de saúde da região/município?

- ☐ Sim
☐ Não

79.1. Se sim, quais serviços de saúde recebem o apoio matricial do CTA/estabelecimento? (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Atenção Primária em Saúde
- ☐ Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites

- ☐ Rede especializada – ambulatório de especialidades médicas e multiprofissional
- ☐ Rede de Atenção Psicossocial (saúde mental)
- ☐ Rede hospitalar e Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)
- ☐ Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)

80. O CTA/estabelecimento **recebe apoio matricial** de outros serviços de saúde da região/município?

- ☐ Sim
- ☐ Não

80.1. Se sim, quais serviços de saúde realizam o apoio matricial para o CTA/estabelecimento? (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Atenção Primária em Saúde
- ☐ Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- ☐ Rede especializada – ambulatório de especialidades médicas e multiprofissional
- ☐ Rede de Atenção Psicossocial (saúde mental)
- ☐ Rede hospitalar e Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)
- ☐ Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)

EIXO VII - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

81. O CTA/estabelecimento utiliza Prontuário Eletrônico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

82. O CTA/estabelecimento notifica os casos confirmados à vigilância epidemiológica do município?

- ☐ Sim, preenche a ficha de investigação/notificação e encaminha
- ☐ Sim, digita diretamente no sistema correspondente ao SINAN do agravos
- ☐ Não
- ☐ Outra (especificar)

82.1. Se sim, o CTA/estabelecimento realiza a notificação dos agravos no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) dentro do prazo estabelecido de 7 dias, conforme a **Portaria Nº - 204, de 17 de fevereiro de 2016**? Exceto a notificação de Violência Sexual que deve ser realizada em até 24 horas para Secretaria Municipal de Saúde. (É possível assinalar mais de uma alternativa).

- ☐ Acidente de trabalho com exposição a material biológico
- ☐ Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
- ☐ Hanseníase
- ☐ Hepatites virais
- ☐ HIV/aids
- ☐ Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera
- ☐ Sífilis adquirida
- ☐ Sífilis congênita
- ☐ Sífilis em gestante
- ☐ Tuberculose
- ☐ Violência doméstica e/ou outras violências
- ☐ Violência sexual (24 horas para SMS)

82.2. Se sim, qual(is) profissional(is) é(são) responsável(is) pela notificação? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Administrativo

○ Outros (especificar):

82.3. Se não, o CTA/estabelecimento comunica o caso para a vigilância epidemiológica local?

- Sim
- Não

83. O CTA/estabelecimento realiza notificação dos casos de IST que não constam na lista Nacional Compulsória, mas constam na lista de notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública dos estados/DF/municípios, conforme sugestão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST, SVS/MS? (Pode ser assinalada mais de uma alternativa)

- Herpes genital (HSV-1 e HSV-2)
- Cancroide (*Haemophilus ducreyi*)
- Infecção por clamídia (*Chlamydia trachomatis*)
- Gonorreia (*Neisseria gonorrhoeae*)
- Donovanose (*Klebsiella granulomatis*)
- Tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*)
- Condiloma acuminado ou infecção por HPV (Papilomavírus)
- Síndrome de corrimento uretral masculino
- O CTA/estabelecimento não notifica os casos de IST mencionados nas alternativas acima e/ou essas IST não constam na lista de notificação dos estados/DF/município

84. O CTA/estabelecimento utiliza os sistemas de informação abaixo: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Sistema Laudo¹
- SICLOM²
- SIMC³
- SINAN⁴
- SI-CTA⁵
- Sistema de tratamento da Infecção Latente (IL-TB)⁶
- Sistema de tratamentos especiais (SITE-TB)⁷
- GAL⁸
- SISCEL⁹
- SISGENO¹⁰
- Outros (especificar):
- Não utiliza nenhum sistema de informação

Explicação:

- (1) **SISTEMA LAUDO** O sistema Laudo tem o objetivo de facilitar o manejo do HIV para profissionais de saúde e fortalecer o autocuidado das pessoas que fazem acompanhamento contra o vírus causador da aids, trazendo informações claras e objetivas sobre os exames de controle do HIV realizados na rede pública de saúde, assim como sobre a dispensação dos medicamentos antirretrovirais. Também pode ser usado como uma fonte de informação segura e atualizada pelo próprio Ministério da Saúde.
- (2) **SICLOM** - O SICLOM foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema permite que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais das pessoas de Aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos.
- (3) **SIMC** – Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids – é um sistema que permite visualizar e monitorar o gap de tratamento, ou seja, as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV) que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral.
- (4) **SINAN** – O Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- (5) **SI-CTA** - Sistema de informação dos Centro de Testagem e Aconselhamento
- (6) **IL-TB** - Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB

- (7) **SITE-TB** - O SITETB (Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose) destina-se à notificação e ao acompanhamento dos casos de TB que têm indicação de tratamentos especiais, quer pela ocorrência de reações adversas, toxicidade ou certas comorbidades que impossibilitem o uso do Esquema Básico, quer por resistências. O sistema também possibilita a notificação e acompanhamento de casos de micobacteriose não tuberculosa (MNT). Esses casos devem ser atendidos e acompanhados por unidades de referência secundária e terciária
- (8) **GAL** - Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial tem como objetivo informatizar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental, proporcionando o gerenciamento das rotinas, o acompanhamento das etapas para realização dos exames/ensaios e a obtenção de relatórios produção / epidemiológicos / analíticos nas redes estaduais de laboratórios de saúde pública. Acessado em 24 de novembro de 2021><http://gal.datasus.gov.br/>.
- (9) **SISCEL** - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV.
- (10) **SISGENO** – Sistema de informação desenvolvido para cadastro e liberação de exames de Genotipagem de HIV-1, bem como para consulta de exames e emissão de parecer pelos Médicos de Referência em Genotipagem (MRG). Através desse sistema, o MRG pode acompanhar a situação atual do exame e consultar o histórico de exames e pareceres anteriores, além do histórico terapêutico do paciente. Essas informações darão subsídio para a interpretação do exame e emissão do parecer com a sugestão terapêutica

EIXO VIII – ESTRUTURA LABORATORIAL

85. O CTA/estabelecimento é ponto de coleta de amostras biológicas (o CTA/estabelecimento faz coleta de amostras biológicas)?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 85.1. Se sim, assinalar o tipo de amostras coletadas: (É possível assinalar mais de uma alternativa)
- ☐ Sangue
 - ☐ Urina
 - ☐ Secreção uretral
 - ☐ Secreção vaginal
 - ☐ Amostra endocervical
 - ☐ Amostra extragenital (anal)
 - ☐ Escarro
 - ☐ Raspado intradérmico de pele
 - ☐ Biópsia de pele/ Punch
 - ☐ Outros (especificar):
86. O CTA/estabelecimento possui laboratório externo de referência para envio das amostras coletadas relacionado aos agravos: HIV/aids/tuberculose/IST/hanseníase/hepatites?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
- 86.1. Se sim, assinalar abaixo o(s) laboratório(s) de referência do CTA/estabelecimento: (É possível assinalar mais de uma alternativa)
- ☐ Laboratório público local/Municipal
 - ☐ Laboratório público regional/Estadual
 - ☐ Laboratório ligado à instituição de ensino/Pesquisa
 - ☐ Laboratório conveniado/terceirizado

87. O CTA/estabelecimento possui sala própria para coleta de materiais biológicos para exames laboratoriais¹?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Observação: (1) Segundo a RDC nº50 – um box de coleta de material (1 box para cada 15 coletas/hora) deve ter 1,5m² e um dos boxes deve ser destinado à maca e com dimensão para tal. Se for uma sala de coleta, esta deve ter o dimensionamento de 3,6m² com instalação de água fria.

88. No CTA/estabelecimento há espaço aberto/ventilado e reservado para coleta de escarro (tuberculose)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

89. O CTA/estabelecimento possui estrutura laboratorial própria para processamento de exames/testes diagnósticos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

89.1. Se sim, o CTA/estabelecimento possui sala para processamento de exames laboratoriais convencionais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Observação: (1) Segundo a RDC nº50 - o laboratório de imunologia, laboratório de bacteriologia ou microbiologia e laboratório de biologia molecular, devem ter metragem mínima de 6m² com instalações de água fria, coleta e afastamento de efluentes diferenciados, ambiente ser provido de sistema elétrico diferenciado dos demais, na dependência do equipamento instalado, gás combustível, instalação elétrica de emergência e "layout" da sala com o equipamento.

89.2. Se sim, assinalar os principais exames realizados/processados no CTA/estabelecimento: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ Testes convencionais de biologia molecular
- ☐ Testes rápidos de biologia molecular (GeneXpert, PIMA™)
- ☐ Testes sorológicos convencionais
- ☐ Testes não treponêmicos (VDRL, RPR)
- ☐ Carga viral (HIV e hepatites)
- ☐ Contagem de linfócitos CD4+/CD8+
- ☐ Técnicas de microscopia (Gram, campo escuro, exame à fresco)
- ☐ Cultura
- ☐ Baciloscopia

89.3. Se sim, possui máquina para teste rápido de biologia molecular (*Point of care*)?

- ☐ Sim, possui GeneXpert
- ☐ Sim, possui outra marca (se sim, especificar):
- ☐ Não possui

89.3.1. Se sim, realiza qual(is) teste(s)? (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- ☐ HCV
- ☐ HBV
- ☐ *Mycobacterium tuberculosis*
- ☐ *Chlamydia trachomatis*/*Neisseria gonorrhoeae*
- ☐ HIV-1
- ☐ HPV
- ☐ *Trichomonas vaginalis*

○ Outros (especificar):

89.4. Se não, o CTA/estabelecimento possui planta física (metragem mínima 6m²) para a instalação de estrutura laboratorial, conforme RDC n°50?

- Sim
- Não

89.4.1. Se possuir planta física para implantação de laboratório, há instalação hidráulica para acomodação de estrutura laboratorial?

- Sim
- Não

89.4.2. Se possuir planta física para implantação de laboratório, há instalação elétrica para colocação de geladeiras, freezers, equipamentos e ar-condicionado?

- Sim
- Não

90. O CTA/estabelecimento possui COTA para realização de exames laboratoriais?

- Sim
- Não

90.1. Se sim, para quais exames há cota: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Sorologia para HIV
- Teste treponêmico para sífilis
- Testes não treponêmicos (VDRL, RPR)
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para hepatite C
- Contagem de linfócitos CD4+/CD8+
- Carga viral do HIV
- Carga viral de hepatites
- Baciloscopia do escarro
- Baciloscopia do raspado intradérmico
- Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)
- Cultura para *Mycobacterium tuberculosis*
- Biópsia de pele/ Punch
- Testes de biologia molecular para *Chlamydia trachomatis* / *Neisseria gonorrhoeae*

91. O CTA/estabelecimento possui recursos humanos capacitados para a coleta dos exames?

- Sim
- Não

91.1. Se sim, assinalar os tipos de amostras biológicas na qual há profissional capacitado: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

- Sangue
- Urina
- Secreção vaginal
- Secreção uretral
- Amostra endocervical
- Amostra extragenital (anal)
- Escarro
- Raspado intradérmico de pele
- Biópsia de pele/Punch
- Outro(s) (especificar):

- 91.2.** Se sim, o CTA/estabelecimento possui recursos humanos suficientes para a coleta dos exames?
- ☐ Sim
 - ☐ Não

EIXO IX – GERÊNCIA E ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

92. O CTA/estabelecimento realiza reuniões de equipe e com que frequência?

- ☐ Sim, com frequência semanal
- ☐ Sim, com frequência quinzenal
- ☐ Sim, com frequência mensal
- ☐ Sim, com frequência superior a 30 dias
- ☐ Sim, mas as reuniões são esporádicas sem frequência rotineira
- ☐ Não realiza reuniões de equipe

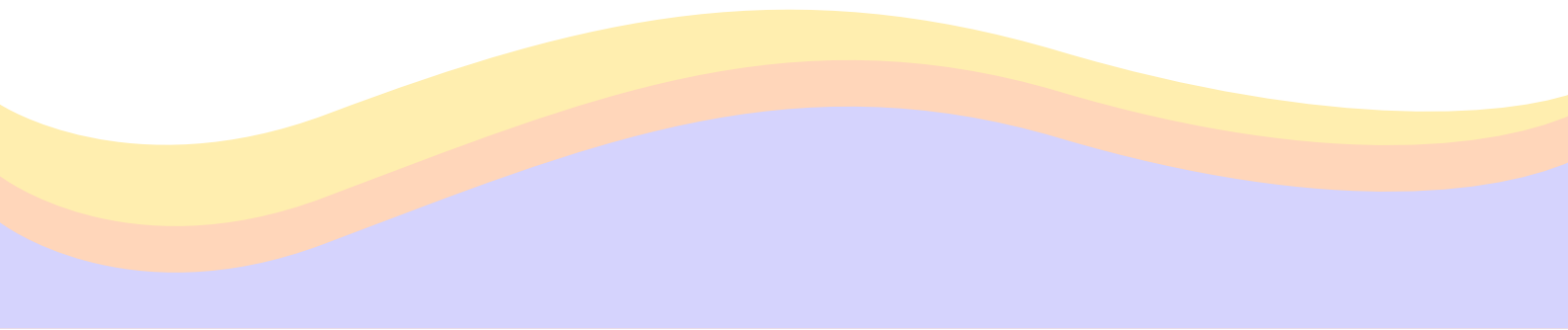
93. O CTA/estabelecimento realiza planejamentos estratégicos com a equipe e com que frequência?

- ☐ Sim, anual
- ☐ Sim, semestral
- ☐ Sim, trimestral
- ☐ Sim, esporadicamente de acordo com a demanda
- ☐ Não realiza

94. Existe uma avaliação de desempenho periódica dos profissionais a partir de suas atribuições e competências?

- ☐ Sim
- ☐ Não

ANEXO 2



ANEXO 2 - Tabelas Suplementares

Tabela S1 - Disponibilidade de medicamentos nas farmácias/UDM dos CTA, Brasil, 2023.

	Brasil n (%)	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
HIV						
Tratamento e profilaxia pós exposição HIV	393 (95%)	38 (100%)	84 (87%)	39 (85%)	168 (100%)	64 (97%)
Profilaxia pré exposição do HIV	289 (70%)	36 (95%)	50 (52%)	29 (63%)	123 (73%)	51 (77%)
Hepatite B						
Profilaxia pós-exposição hepatite B (imunoglobulina)	92 (22%)	8 (21%)	12 (12%)	12 (26%)	42 (25%)	18 (27%)
Profilaxia de transmissão vertical (gestante) de hepatite B	204 (49%)	21 (55%)	33 (34%)	18 (39%)	94 (56%)	38 (58%)
Tratamento da hepatite B	315 (76%)	33 (87%)	52 (54%)	32 (70%)	136 (81%)	62 (94%)
Hepatite C						
Tratamento de hepatite C	309 (75%)	33 (87%)	51 (53%)	26 (57%)	139 (83%)	60 (91%)
Sífilis						
Tratamento para sífilis	345 (83%)	31 (82%)	81 (84%)	39 (85%)	144 (86%)	50 (76%)
IST						
Tratamento de úlceras genitais	237 (57%)	22 (58%)	59 (61%)	18 (39%)	99 (59%)	39 (59%)
Tratamento de corrimentos uretrais	252 (61%)	25 (66%)	67 (69%)	20 (44%)	101 (60%)	39 (59%)
Tratamento de corrimentos vaginais e cervicite	251 (61%)	26 (68%)	68 (70%)	22 (48%)	100 (60%)	35 (53%)
Tratamento de verruga anogenital sugestiva de HPV (tratamento ambulatorial)	184 (44%)	17 (45%)	48 (50%)	16 (35%)	71 (42%)	32 (49%)
Tratamento de Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	219 (53%)	22 (58%)	54 (56%)	19 (41%)	88 (52%)	36 (55%)
Tuberculose						
Tratamento para infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	306 (74%)	25 (66%)	58 (60%)	21 (46%)	144 (86%)	58 (88%)
Tratamento de tuberculose	255 (61%)	21 (55%)	40 (41%)	20 (44%)	120 (71%)	54 (82%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela S2 - Distribuição dos CTA segundo tipo de serviço em que realiza o apoio matricial. Brasil, 2023.

	Brasil n=376 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Atenção Primária em Saúde	357 (95%)	32 (94%)	84 (94%)	46 (90%)	132 (95%)	63 (100%)
Rede hospitalar e Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)	218 (58%)	18 (53%)	48 (54%)	26 (51%)	95 (68%)	31 (49%)
Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)	201 (53%)	16 (47%)	46 (52%)	29 (57%)	83 (60%)	27 (43%)
Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites	188 (50%)	22 (65%)	45 (51%)	26 (51%)	70 (50%)	25 (40%)
Rede de Atenção Psicossocial (saúde mental)	171 (45%)	13 (38%)	36 (40%)	21 (41%)	78 (56%)	23 (37%)
Rede especializada - ambulatório de especialidades médicas e multiprofissional	165 (44%)	15 (44%)	36 (40%)	24 (47%)	69 (50%)	21 (33%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela S3 - Distribuição dos CTA segundo o tipo de serviço de que recebe o apoio matricial. Brasil, 2023.

	Brasil n=280 n (%)	REGIÃO				
		CO n (%)	NE n (%)	N n (%)	SE n (%)	S n (%)
Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites	200 (71%)	20 (77%)	48 (75%)	32 (73%)	82 (72%)	18 (56%)
Atenção Primária em Saúde	189 (68%)	18 (69%)	43 (67%)	33 (75%)	72 (63%)	23 (72%)
Rede hospitalar e Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)	137 (49%)	15 (58%)	30 (47%)	23 (52%)	56 (49%)	13 (41%)
Rede especializada - ambulatório de especialidades médicas e multiprofissional	120 (43%)	9 (35%)	25 (39%)	19 (43%)	52 (46%)	15 (47%)
Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)	118 (42%)	10 (38%)	26 (41%)	21 (48%)	52 (46%)	9 (28%)
Rede de Atenção Psicossocial (saúde mental)	117 (42%)	11 (42%)	28 (44%)	17 (39%)	51 (45%)	10 (31%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela S4 - Distribuição dos CTA segundo disponibilidade de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) e autoteste. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Preservativo interno	478 (89%)	44 (90%)	108 (87%)	59 (82%)	184 (91%)	83 (95%)
Preservativo externo	526 (98%)	46 (94%)	122 (98%)	71 (99%)	200 (99%)	87 (100%)
Gel lubrificante	346 (65%)	26 (53%)	70 (56%)	18 (25%)	166 (82%)	66 (76%)
Disponibilidade dos 3 insumos	306 (57%)	20 (41%)	59 (48%)	15 (21%)	150 (74%)	62 (71%)
Autoteste HIV	276 (52%)	24 (49%)	57 (46%)	25 (35%)	120 (59%)	50 (57%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

Tabela S5 - Distribuição dos CTA segundo oferta de profilaxia pós-exposição (PEP) e profilaxia pré-exposição (PrEP). Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
PEP	157 (29%)	6 (12%)	46 (37%)	31 (43%)	56 (28%)	18 (21%)
PrEP	28 (5%)	4 (8%)	10 (8%)	2 (3%)	8 (4%)	4 (5%)
PEP+PrEP	266 (50%)	30 (61%)	35 (28%)	27 (38%)	119 (59%)	55 (63%)
Não realiza	84 (16%)	9 (18%)	33 (27%)	12 (17%)	20 (10%)	10 (11%)

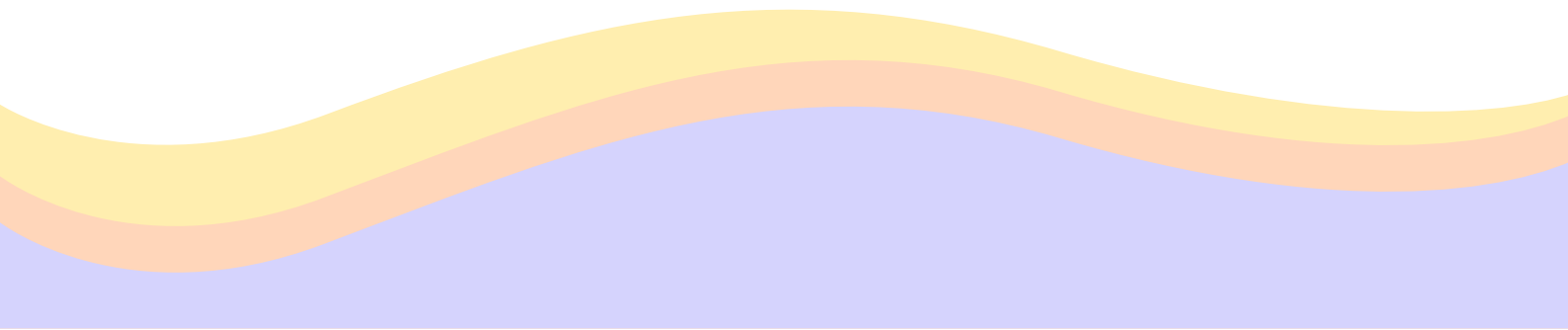
CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

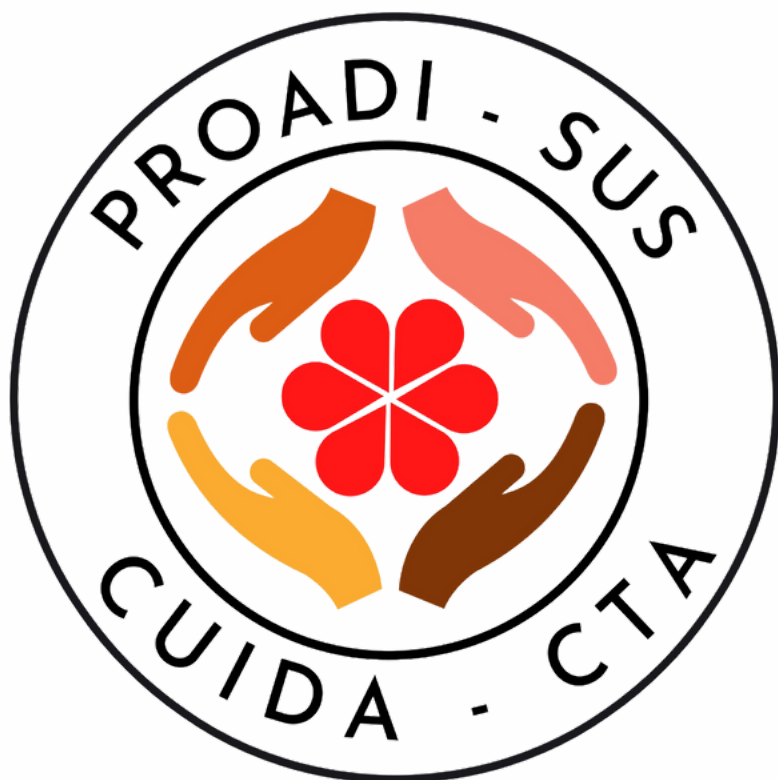
Tabela S6 - Distribuição dos CTA segundo a tipologia de abordagem para o tratamento das IST. Brasil, 2023.

	Brasil	REGIÃO				
		CO	NE	N	SE	S
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamento apenas baseado em abordagem etiológica	6 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	4 (3%)	1 (2%)
Tratamento apenas baseado em abordagem síndrômica	71 (21%)	6 (18%)	21 (27%)	11 (28%)	25 (18%)	8 (15%)
Tratamento baseado em abordagem síndrômica e etiológica	268 (78%)	27 (82%)	57 (73%)	27 (69%)	111 (79%)	46 (84%)

CO - Centro-Oeste, NE - Nordeste, N- Norte, SE - Sudeste, S – Sul.

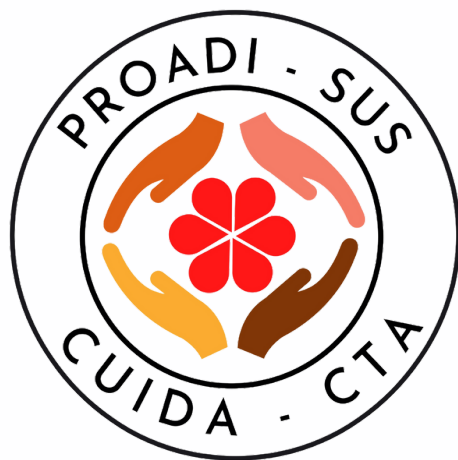
ANEXO 3





ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



GUIA PRÁTICO

PARA PREENCHIMENTO DA MATRIZ FOFA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



SUMÁRIO

Pág. 03 1. Sobre a Matriz FOFA

Pág. 04 2. Qual o objetivo desta Matriz

Pág. 05 3. Componentes da Matriz FOFA

Pág. 07 4. Passo a Passo para montar a Matriz FOFA

Pág. 10 5. Exemplo de Preenchimento da Matriz

Pág. 11 6. Eixos Temáticos - Divisão da Matriz FOFA

Pág. 12 6.1. EIXO 1- ESTRUTURA

Pág. 15 6.2. EIXO 2 - AÇÕES DE PREVENÇÃO

Pág. 18 6.3. EIXO 3 - AÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Pág. 21 6.4. EIXO 4 - REDES DE APOIO

Pág. 28 6.5. EIXO 5 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Pág. 31 7. Referências

Pág. 31 8. Contato da Equipe

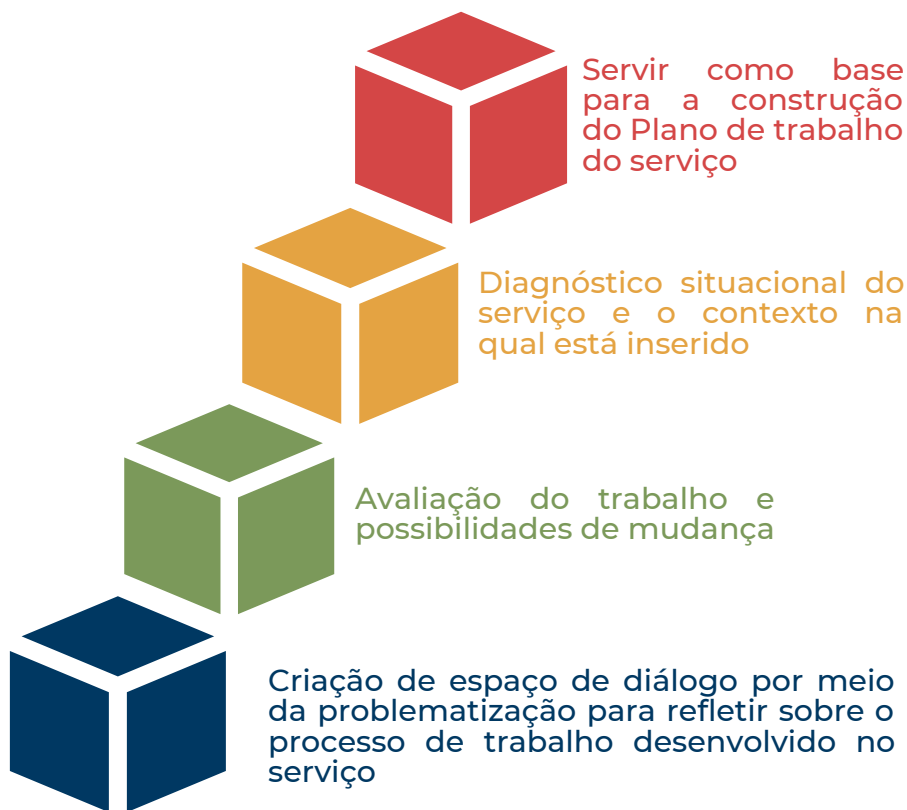
SOBRE A MATRIZ FOFA

A matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), do inglês SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats), é uma ferramenta que tem como objetivo o planejamento estratégico dos serviços. É uma ferramenta utilizada para a análise do ambiente ou de cenários, internos e externos, a fim de criar um plano de ação para melhoria do serviço, servindo como ponto de partida para discussões em equipe.

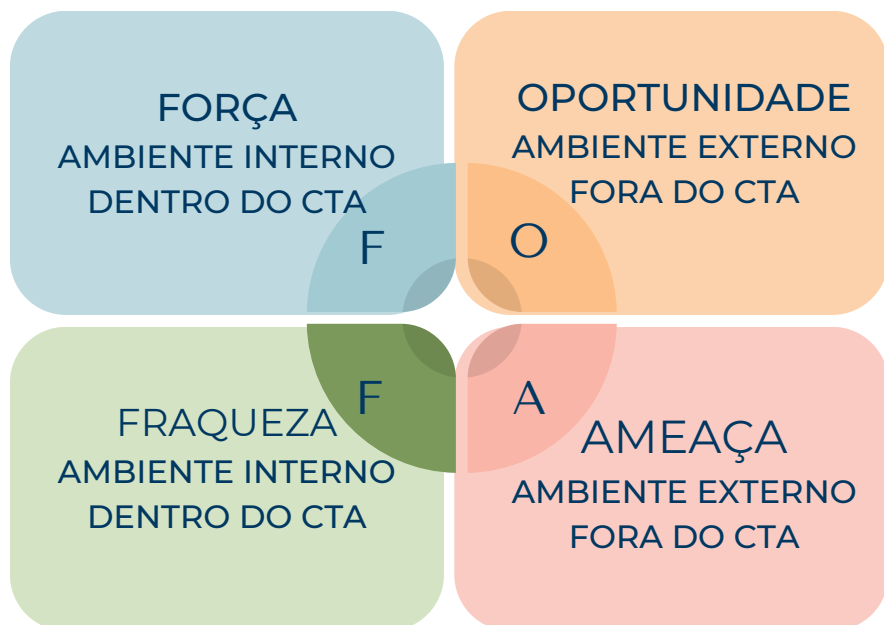


FOFA, é uma metodologia de análise cujos elementos podem ser apresentados na forma de quadro, o que facilita a visualização e o entendimento das informações coletadas. Para que a análise seja eficiente, o serviço pode realizá-la periodicamente para constante atualização e melhoria.

QUAL O OBJETIVO DESTA MATRIZ?



COMPONENTES DA MATRIZ



AMBIENTE INTERNO

Constituído por seus recursos, que incluem os recursos humanos (experiências, capacidades, conhecimentos, habilidades), os recursos organizacionais (sistemas e processos da organização como estratégias, estrutura, cultura, etc.), e os recursos físicos (instalações, equipamentos, tecnologia, canais, etc.).

- »» Forças Identificação de potencialidades internas da equipe/serviço
- »» Fraquezas Fatores que podem dificultar funcionamento/atividades do serviço (Desafios a serem superados)

AMBIENTE EXTERNO

São situações externas, atuais ou futuras, não controláveis pelo serviço. Analisando as variáveis incontroláveis do ambiente externo, tais como aspectos socioeconômicos, políticos, de legislação, entre outros, pode-se esperar um cenário otimista ou pessimista.

»» Oportunidades

São fatores externos (que não estão sob a influência do serviço) e quando surgem, trazem vantagens para o serviço. Para compreendermos o conceito de oportunidades, temos como exemplo uma nova portaria que possa beneficiar o serviço de algum modo.

»» Ameaças

São fatores que podem trazer impactos desfavoráveis e que não estão sob o controle do serviço.

As oportunidades, se adequadamente aproveitadas, podem influenciá-la positivamente, enquanto as ameaças, se não forem eliminadas, minimizadas ou evitadas, podem afetá-la negativamente.

P A S S O A P A S S O

PARA MONTAR A MATRIZ FOFA

Durante todo o processo de elaboração da Matriz FOFA, a equipe PROADI SUS CUIDA-CTA estará presente e disponível para auxiliar no processo de criação da Matriz FOFA.

Faça com que a FOFA seja um reflexo do que todos os colaboradores pensam

1

Coletando Informações

Para otimizar esse processo de construção colaborativa dos itens da Matriz FOFA, recomendamos fortemente que exista um preparo de todos os participantes, anteriormente ao momento da "Tempestade de ideias" e preenchimento das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Para isso, colem as informações necessárias a respeito do serviço em que se encontram, como por exemplo:

- Estrutura
- Ações de prevenção dos Agravos
- Ações de Diagnóstico e tratamento dos Agravos
- Fluxos na RAS
- Sistemas de informação para gerência de dados

2

Criando o espaço para diálogo/ roda de conversa

Organize junto a toda equipe do serviço e outros atores relevantes (por exemplo, gestão) uma roda de conversa ou reunião. Este espaço contribuirá para um olhar mais ampliado sobre os pontos positivos e os desafios do serviço para a sua reestruturação. Sugere-se que essa atividade seja presencial, sem fragmentação.

É importante que se tenha a clareza de que para a construção deste quadro, quanto mais pessoas envolvidas na problematização, mais visões ampliadas estarão a disposição, logo todos podem dar sua contribuição e formar a Matriz de forma completa e detalhada.

3

Definindo os papéis

Para facilitar a organização da reunião, recomendamos que a definição de alguns papéis:

- Quem conduzirá a reunião?
- Quem fará a relatoria?
- Quem coordena as falas?
- Quem controlará o tempo?

4

Trabalhando em grupo

É importante expor aos participantes qual é o objetivo principal da reunião e quais são os pontos que devem ser levantados. Sugerimos a utilização da ferramenta "tempestade de ideias" (brainstorm) para ser utilizada com o grupo. Recomendamos que seja utilizado um quadro, cartolina ou mesmo um papel A4 para fazer a lista de ideias.

Trabalhando em grupo

Na condução da reunião lembrar das etapas a seguir:

1. Participação do maior número de pessoas/equipe na tentativa de produzir reflexão, identificar nós críticos e apontar possíveis soluções para a melhoria do serviço. Nesta etapa é importante levantar um maior número de ideias e ampliar a escuta para incentivar outras perspectivas e contribuições.

Portanto recomenda-se:

- Evitar críticas à ideia inicial apresentada, para que não haja inibição;
- Não desprezar nenhuma ideia;
- Incentivar todos da equipe a terem chance de expor suas ideias;

2. Após o levantamento das ideias é possível que o grupo identifique a necessidade de agregá-las ou priorizá-las. Sugere-se discutir para chegar em um consenso ou até mesmo ranquear os itens mais citados.

3. Preencher a matriz FOFA na planilha em Excel, utilizando as questões norteadoras para cada eixo temático (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças). As questões são para facilitar a reflexão, não sendo necessário utilizar todas.

4. Enviar a matriz FOFA preenchida para a equipe Einstein no e-mail cuida.cta@einstein.br ou monitoria.cuida-cta@einstein.br

EXEMPLO DE PREENCHIMENTO

Para o preenchimento da Matriz FOFA, sugerimos utilizar a planilha enviada em Excel, que possui as perguntas norteadoras na área branca, e o espaço para preenchimento das informações na área colorida. Após as edições, é necessário efetuar o salvamento com outro nome. E no momento de impressão, apenas a área colorida será impressa, como mostra o exemplo abaixo.

EIXO 1 - ESTRUTURA			
Nome do Responsável		21/03/2023	
	FORÇAS		FRAQUEZAS
1	Acolhimento e acompanhamento/vinculação do usuário para o nosso serviço de seguimento referenciado.	1	Estrutura física pequena e inadequada, causando desconforto e insatisfação aos pacientes
2	Acessibilidade e localização estratégica, pois estamos situados no centro da cidade e em um Centro de Saúde que possui todos os serviços relacionados como: SAE, IST, Hepatites virais, Tuberculose, ambulatório de infectologia, ambulatório de sexualidade.	2	Falta de acolhimento único para referenciar os pacientes aos serviços ofertados no CSE.
3	O CTA de Feira de Santana funciona de segunda à sexta com coleta de TRD em todos os turnos.	3	O imóvel onde situa-se o Centro de Referência pertence ao governo do estado da Bahia, sendo cedido ao município, com isso fica vetado a realização de reformas na estrutura física.
4	Facilidade de ampliação e melhoria do serviço.	4	Laboratório sem sistema eletrônico.
	OPORTUNIDADES		AMEAÇAS
1	Cursos e capacitações para os profissionais através do ministério da saúde.	1	Falta profissional (infetologista, infectopediatra, bioquímico, téc de laboratório, urologista, assistente de farmácia, assistente administrativo, clínico para seguimento de PER,)
2	Agenda política das três esferas para formalizar o compromissos.	2	Falta de recursos materiais necessários para reforma e readequação de uma estrutura física.
3	Negociar com o secretário de saúde espaço para construção de um novo Centro, caso a reforma não seja possível.	3	

A seguir serão apresentados os eixos e exemplos de perguntas norteadoras para auxiliar na construção da sua matriz.

EIXOS TEMÁTICOS DIVISÃO DA MATRIZ FOFA

A Matriz FOFA que você deverá preencher está dividida em cinco eixos

01

ESTRUTURA

02

AÇÕES DE PREVENÇÃO

03

AÇÕES DE DIAGNÓSTICO

04

REDE DE APOIO

05

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO E
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**



EIXO 1- ESTRUTURA



TEMAS RELACIONADOS AO EIXO

- Estrutura física
- Equipamentos disponíveis
- Funcionamento
- Acessibilidade
- Área de cobertura
- Quadro de Recursos Humanos (número, categoria profissional e qualificação/concurso público/remanejamento/remoção)

EIXO 1- AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

Pensando em estrutura física:

- Qual é a nossa vantagem estrutural ?
- Qual é o nosso diferencial estrutural?
- Quais estruturas físicas temos à nossa disposição?
- Quais vantagens relacionadas à estrutura oferecemos aos nossos usuários?
- Do que os nossos usuários mais gostam em nós?

Pensando em quadro de recursos humanos:

- Somos bons em quê? (pensando em nosso quadro de recursos humanos)
- Qual é a vantagem da nossa equipe?
- Qual é o nosso diferencial?
- Quais são as vantagens do nosso atendimento?
- Quais vantagens oferecemos aos nossos colaboradores?
- Quais vantagens oferecemos aos nossos usuários?
- Quais são os valores mais importantes do nosso atendimento/equipe?

FRAQUEZAS

Pensando em estrutura física:

- Nossa estrutura não agrada em algum ponto?
- Nossos usuários reclamam da nossa estrutura?
- Quais desvantagens a nossa equipe enfrenta em relação a nossa estrutura?
- Estamos em falta de quais adequações estruturais?
- Quais as desvantagens de nossa estrutura?
- O que impede nosso desenvolvimento quando pensamos em nossa estrutura ?
- Pensando em quadro de recursos humanos:
- Com relação em nosso RH, nossos usuários reclamam de quê?
- Quais desvantagens a nossa equipe enfrenta ?
- O que impede o nosso desenvolvimento?
- Estamos em falta de quais recursos humanos?
- O que impede nosso desenvolvimento quando pensamos em nosso RH?

EIXO 1- AMBIENTE EXTERNO

Pensando em estrutura física e Recursos Humanos:

OPORTUNIDADES

- Existe algum fator externo que pode contribuir para melhoria de nossas atividades (projetos, atores)?
- Quais recursos podemos utilizar para melhorar nossas fraquezas?
- Quais programas/projetos nós ainda não aproveitamos?
- Como podemos adquirir outros recursos úteis?
- Poderíamos melhorar em quais aspectos?
- Existe, por parte da gestão local, alguma previsão de contratação de profissionais para o serviço?
- Existe algum projeto de adequação da estrutura do serviço em fase de análise?

Pensando em estrutura física e Recursos Humanos:

AMEAÇAS

- Há escassez de algum recurso para nós?
- Quais mudanças nas redes de serviços são motivos de preocupação?
- Há dificuldade de integração entre o serviço e outras instâncias de saúde?
- Há falta de qualificação/capacitação?
- Há falta/escassez de manutenção (estrutura física ou equipamentos)?
- Existe algum fator externo que dificulta para melhoria de nossas atividades?



EIXO 2 - AÇÕES DE PREVENÇÃO

TEMAS RELACIONADOS AO EIXO

- Orientações sobre a prática de redução de danos e sobre o uso de preservativos
- Testagem para HIV e outras IST
- Tratamento de pessoas vivendo com HIV
- Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicadas
- Abordagens em grupo e individuais promovendo espaços de reflexão e conversa
- Orientações de Práticas de sexo seguro (hierarquia de risco nas relações sexuais)
- Testagem regular de sorologias para casais
- Orientação sobre acordos/pactos entre casais (estratégia de comportamentos)
- Atividade de imunização
- Orientação sobre acesso à anticoncepção e concepção
- Exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica)
- Orientação às gestantes HIV positivas sobre tratamento e fórmulas lácteas
- Orientação sobre não compartilhamento de objetos de uso pessoal (lâminas, alicates de unhas e seringas).

EIXO 2 - AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

- Quais são nossas experiências bem sucedidas nas campanhas itinerantes/ ações extramuros?
- Já temos profissionais capacitados e organizados para atuação em campanhas itinerantes/ ações extramuros?
- Mantemos as ações de acordo com um planejamento estruturado?
- Quais nossas práticas para ampliar essas ações em horários como período noturno, madrugada ou finais de semana?
- Quais ações de educação em saúde para os usuários já realizamos e podemos amplificar?
- Já fizemos ações de prevenção itinerantes de testagem rápida voltadas para as populações chave?
- O que já fazemos para a divulgação de autoteste, PREP e PEP?

FRAQUEZAS

- Quais são as dificuldades apresentadas para que o CTA não realize campanhas itinerantes/ ações extramuros?
- Os profissionais estão capacitados para atuação em campanhas itinerantes/ ações extramuros em horários alternativos (período noturno, finais de semana)?
- Quais ações de educação em saúde para os usuários gostaríamos de realizar, mas ainda não temos condições?
- Quais as barreiras para ampliarmos a divulgação de autoteste, PREP e PEP?
- Quais limites para realizarmos ações de prevenção itinerantes de testagem rápida voltadas para as populações chave?

EIXO 2 - AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Quais são as capacitações e incentivos relacionados às ações de prevenção podem nos ajudar?
- Quais programas/projetos em ações de prevenção ainda não aproveitamos?
- Que novos programas/projetos estão surgindo?
- Como podemos aproveitar melhor os recursos disponíveis para ampliar as ofertas de capacitações externas?
- O material necessário está disponível para utilização nas ações de prevenção?

AMEAÇAS

- Os insumos para ações de prevenção estão disponíveis e em quantidade suficiente?

EIXO 3 - AÇÕES DE DIAGNÓSTICO



TEMAS RELACIONADOS AO EIXO

- Avaliação clínica
- Autoteste
- Exames laboratoriais/imagem
- Fluxos de trabalho
- Protocolos assistenciais
- Tratamento e/ou prescrição inicial para todos os agravos.

Lembre-se que:

- ILTB: IGRA, PPD, Raio-X de tórax
- TB: Coleta de escarro para baciloscopia, cultura, TRM e Raio-X de tórax
- HIV: teste rápido, sorologia, carga viral, contagem de linfócitos T CD4, TRM e genotipagem
- Hepatites: teste rápido, sorologia, carga viral e genotipagem
- IST/Sífilis: teste rápido, VDRL, sorologia, TRM, cultura, Papanicolau e colposcopia – teste de Schiller/ teste das aminas/ microscopia de campo escuro

EIXO 3 - AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

- O que fazemos bem quando se trata em realizar o diagnóstico de HIV, IST, Hepatites e TB ?
- O que diferencia nosso serviço para o diagnóstico desses agravos (expertise, programas governamentais, ações extramuros, busca ativa, rastreio de contatos)?
- Do que os usuários/público-alvo gosta(m) do nosso serviço quando se trata de diagnóstico e tratamento?
- Quais recursos temos disponíveis em nosso serviço? (vide post-it)
- Quais práticas institucionais o CTA realiza para diagnóstico e tratamento dos agravos (elaboração, conhecimento e avaliação de protocolos institucionais)?
- O que fazemos bem quando se trata em realizar o tratamento de HIV, IST, Hepatites e TB?

FRAQUEZAS

- Quais iniciativas/ações de diagnóstico e tratamento estão com desempenho abaixo do esperado?
- O que poderia melhorar em relação ao diagnóstico e tratamento ?
- Quais recursos poderiam melhorar o nosso desempenho (laboratorial, RH, estrutura física)?
- Quais desvantagens a nossa equipe/serviço enfrenta em relação ao diagnóstico e tratamento?
- Quais ações relacionadas a Educação Continuada/Treinamentos poderiam ser melhoradas?

EIXO 3 - AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Quais iniciativas/ações de diagnóstico e tratamento estão com desempenho abaixo do esperado?
- O que poderia melhorar em relação ao diagnóstico e tratamento?
- Quais recursos poderiam melhorar o nosso desempenho (laboratorial, RH, estrutura física)?
- Quais desvantagens a nossa equipe/serviço enfrenta em relação ao diagnóstico e tratamento?
- Quais ações relacionadas a Educação Continuada/Treinamentos poderiam ser melhoradas?

AMEAÇAS

- Quais mudanças na rede de serviços/estrutura de saúde são motivos de preocupação?
- Quais são as dificuldades identificadas pelo serviço, mas que não possuem governabilidade para atuar? (Por exemplo: recursos financeiros/perdas de insumos e medicamentos/kits laboratoriais e de redução de danos)
- Por quais motivos o fluxo laboratorial não está definido ou apresenta problemas?



EIXO 4 - REDES DE APOIO

TEMAS RELACIONADOS AO EIXO

- SUS Rede de Atenção Psicossocial (Saúde Mental)
- Rede especializada em IST/HIV/aids/hepatites
- Atenção Primária em Saúde
- Rede de urgência/emergência (Hospitais/UPAS)
- Rede Cegonha (Maternidade, Centro Especializado em Saúde da Mulher)
- Rede especializada (ambulatório de especialidades médicas e multiprofissionais)
- Consultório na rua (CnaR)
- Atenção Domiciliar
- Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador

REDES INTERSETORIAIS

- Justiça: Ministério Público, Defensoria Pública
- Segurança Pública: Delegacias de polícia e estabelecimentos prisionais (Presídios, Penitenciárias, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), Manicômios Judiciários, Sanatórios Penais, Colônias Agrícolas)
- Estabelecimento para cumprimento de medidas socioeducativas
- Assistência Social (exemplo: CRAS, CREAS, Centro Pop)
- Educação: Rede de ensino (escolas municipais e/ou estaduais)
- Terceiro setor (Organizações da Sociedade Civil, Instituição de Direitos Humanos, Entidades religiosas ou entidades filantrópicas, Outras entidades privadas, Agências internacionais)
- Instituições de ensino/Pesquisa
- Conselho tutelar
- Distritos de Saúde Indígena / Fundação Nacional do Índio

EIXO 4 - AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

REDES DE APOIO - SUS

- Quais são os fluxos / pactos de encaminhamento para rede definidos que usamos e temos sucesso?
- Quais motivos para falta de adesão e retorno dos usuários ao serviço identificamos e atuamos para melhorar?
- Quais nossos pontos de contato com as redes que são mais efetivos e qualificam o cuidado dos nossos usuários?
- Quais são os nossos trabalhadores que atuam como ponto focal para resposta/ações de matriciamento para as redes?
- Quais são as capacitações que podemos oferecer e receber das redes?
- Quais nossos bons exemplos de comunicação facilitada com a Rede quando necessário?
- O que temos de experiência para prestar apoio para outros pontos da Rede?

EIXO 4 - AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

REDES INTERSETORIAIS

- Quais são os fluxos / pactos de encaminhamento para as redes intersetoriais de assistência social que temos definidos que usamos e temos sucesso para melhorar adesão usuários ao nosso serviço?
- Quais nossos pontos de contato com as redes de justiça e segurança pública que são mais efetivos e qualificam o cuidado dos nossos usuários vítimas de violência?
- Quais são as relações que temos com o terceiro setor através de ONGs, Instituição de Direitos Humanos, Entidades religiosas/filantrópicas, etc que são bem sucedidas e modelos para novas experiências?
- Quais experiências de parcerias com instituições de ensino/pesquisa que deram certo e poderiam ser ampliadas?
- Quais nossos bons exemplos de comunicação facilitada com a Rede intersetorial quando necessário?
- O que temos de experiência para prestar apoio/cuidado em ações extramuros junto ao sistema judiciário e segurança pública?
- Quais são as capacitações que podemos oferecer e receber de outras redes intersetoriais?

EIXO 4 - AMBIENTE INTERNO

FRAQUEZAS

REDES DE APOIO - SUS

- Todos os nossos trabalhadores conhecem as redes?
- Quais as nossas dificuldades/barreiras internas para interagir com as demais redes?
- Seguimos os fluxos padronizados de encaminhamento de usuários para as Redes?
- Nossos usuários se perdem nos encaminhamentos? Quais desvantagens a nossa equipe enfrenta? Falta de fluxos padronizados e dificuldade de comunicação entre os trabalhadores dos serviços?
- Estamos em falta de quais recursos?
- Poderíamos melhorar em quais aspectos? Fluxo e encaminhamento estão sendo efetivos?

EIXO 4 - AMBIENTE INTERNO

FRAQUEZAS

REDES INTERSETORIAIS

- Quais as nossas dificuldades/barreiras internas para interagir com as demais redes intersetoriais?
- Quais fluxos ainda não padronizamos para encaminhamento de usuários para as Redes intersetoriais?
- Temos usuários que se perdem nos encaminhamentos? Quais desvantagens a nossa equipe enfrenta? Falta de fluxo padronizados e dificuldade de comunicação entre os trabalhadores dos serviços?
- O que impede o nosso desenvolvimento nas relações intersetoriais? Falta de Recursos Humanos e equipamentos tecnológicos? Resistências internas?
- Estamos em falta de quais recursos que nos permitiriam ter melhores relações na rede? Poderíamos melhorar em quais aspectos? Fluxo e encaminhamento estão sendo efetivos?

EIXO 4 - AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES

REDES DE APOIO - SUS

- Quais são as capacitações do MS/SES/SMS podem nos ajudar?
- Quais programas/projetos nós ainda não aproveitamos e que nos auxiliam para atuação em Rede?
- Existem serviços disponíveis e interessados para realizarmos matriciamento/nos ofertarem matriciamento?
- Que novas programas/projetos sobre a atuação em Rede estão surgindo?

REDES INTERSETORIAIS

- Quais são as capacitações da Justiça, Segurança Pública, Assistência Social, Educação, Terceiro setor, FUNASA, Agências Internacionais etc, podem nos ajudar?
- Quais programas/projetos ofertados por esses setores nós ainda não aproveitamos e que nos auxiliam para atuação em Rede intersetorial?
- Existem serviços disponíveis e interessados para realizarmos ações em conjunto?
- Que novas programas/projetos sobre a atuação em Rede intersetorial estão surgindo?

EIXO 4 - AMBIENTE EXTERNO

AMEAÇAS

REDES DE APOIO - SUS

- Existe previsão do plano Municipal de Saúde para realizar ações com a Rede?
- O CTA pode ser matriciado e realizar matriciamento? O CTA pode ser visto como um serviço que realiza e recebe matriciamento?

REDES INTERSETORIAIS

- Existe previsão do plano Municipal de Saúde para realizar ações com a Rede intersetorial?

EIXO 5 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



Temas relacionados ao eixo

- Conhecimento e utilização dos Sistemas de informação disponíveis
- Uso dos Sistemas de Informação para avaliação e monitoramento das atividades dos serviços
- Notificação dos agravos de interesse
- Processo de trabalho relacionado à Vigilância em Saúde/Epidemiológica
- Busca ativa (sintomáticos respiratórios, contatos TB, IST, Hepatites e HIV/Aids) e vigilância de faltosos (pessoas que não retornaram para buscar exames e/ou falta em consultas)

EIXO 5- AMBIENTE INTERNO

FORÇAS

- O que fazemos bem?
- O que diferencia nosso serviço?
- Do quê os usuários/público-alvo gosta(m) do nosso serviço?
- Quais recursos temos disponíveis em nosso serviço?
- Quais sistemas de informação utilizamos?

FRAQUEZAS

- Quais iniciativas/ações estão com desempenho abaixo do esperado e por quê?
- O que poderia melhorar?
- Quais recursos poderiam melhorar o nosso desempenho?
- Quais desvantagens a nossa equipe/serviço enfrenta?

EIXO 5- AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES

- Quais recursos podemos usar para melhorar as nossas fraquezas?
- Existe algum fator externo (projetos, atores) que contribuiriam para melhoria das nossas atividades?
- Quais são os recursos externos que podem nos ajudar?
- Quais novos programas/projetos estão surgindo?
- Alguma previsão de aquisição de equipamentos de informática?

AMEAÇAS

- Quais mudanças na rede de serviços/estrutura de saúde são motivos de preocupação?
- Quais são as lacunas relacionadas aos Sistemas de Informação e Vigilância Epidemiológica?
- Quais são as dificuldades identificadas pelo nosso serviço, mas que não possuímos governabilidade para atuar?

REFERÊNCIA PESQUISADAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde: Diretrizes e Resultados. Projeto de fortalecimento da gestão estadual do SUS. São Paulo, 2021

PUYT, Richard et al. Origins of SWOT analysis. In: Academy of Management Proceedings. Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management, 2020. p. 17416.

CONTATO DA EQUIPE



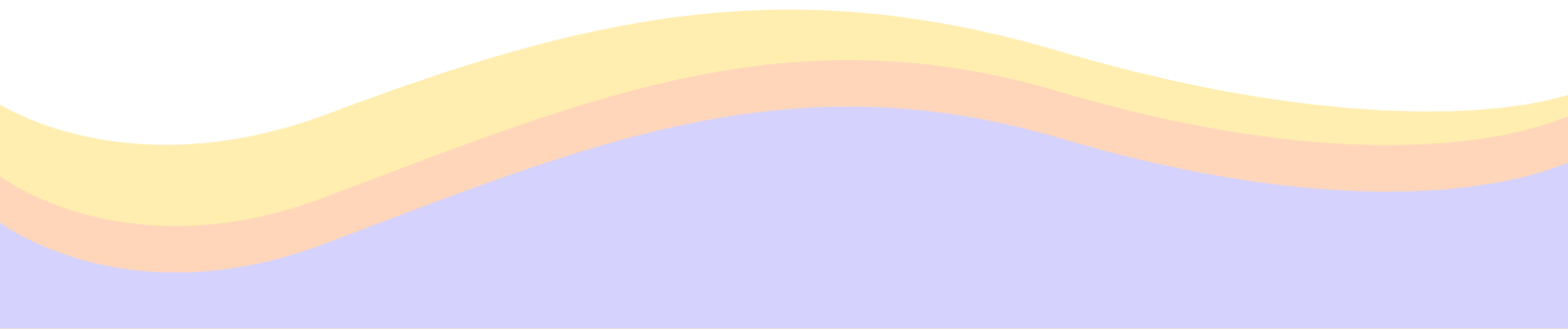
monitoria.cuida-cta@einstein.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ANEXO 4





Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

NOTA TÉCNICA Nº 21/2023-CGIST/.DATHI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Dispõe sobre a rede piloto da utilização de teste rápido molecular para detecção de clamídia e gonococo (TRM-CT/NG).

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são responsáveis por altas taxas de morbidade e por elevados custos em saúde pública. Ao infectar o corpo humano, a evolução destas IST pode ocorrer de forma assintomática ou sintomática (WHO, 2021a). Quando sintomáticas, podem ser agregadas em síndromes, de acordo com sinais e sintomas clínicos facilmente reconhecidos, destacando-se corrimento vaginal e corrimento uretral, que são as síndromes mais decorrentes de gonorreia e infecções por clamídia.

2.2. A abordagem sindrômica consiste na tomada de decisão clínica por meio de algoritmos baseados em informações epidemiológicas e conforme a síndrome presente. Esse tipo de abordagem é preconizado no Brasil desde 1993 e ainda é muito utilizada atualmente, buscando a instituição do tratamento na mesma consulta e a interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2022). No entanto, essa abordagem possui limitações, como a incapacidade de detecção de infecção nos casos assintomáticos e a possibilidade de uso excessivo de antibióticos, o que contribui para o desenvolvimento de resistência. Assim, seu uso tem sido desencorajado pela OMS à medida que novas tecnologias de diagnóstico vêm sendo desenvolvidas e se tornando acessíveis, favorecendo a instituição da abordagem etiológica (quando o manejo clínico é realizado de acordo com os resultados dos testes, seja nos casos sintomáticos como nos assintomáticos) (WHO, 2021b). Neste contexto, é importante o uso de testes diagnósticos capazes de investigar a causa da síndrome no momento da consulta e direcionar o tratamento conforme o resultado.

2.3. Ademais, faz parte da abordagem etiológica o rastreamento de pessoas assintomáticas em sítios anatômicos de acordo com a prática sexual. Por exemplo: sexo oral sem preservativo – coleta de material de orofaringe; sexo anal receptivo sem preservativo – coleta de swab anal; sexo vaginal receptivo sem preservativo – coleta de material genital; sexo insertivo sem preservativo – coleta de material uretral (BRASIL, 2022).

2.4. Destaca-se que *Chlamydia trachomatis* (CT) ou *Neisseria gonorrhoeae* (NG) são os principais agentes infecciosos da cervicite, sendo frequentemente assintomáticas (em torno de 70 a 80%). As principais complicações da cervicite, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica e infertilidade. Em homens, as infecções genitais se apresentam na maioria dos casos de forma sintomática, no entanto, quando presente em outras regiões anatômicas, os casos são majoritariamente assintomáticos. Estudos demonstraram que entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), a prevalência de gonorreia retal e infecção retal por clamídia varia de 0,2% a 24% e 2,1% a 23%, respectivamente, e a prevalência de gonorreia faríngea e infecção faríngea por clamídia varia de 0,5% a 16,5% e 0% a 3,6%, respectivamente. Aproximadamente 70% das infecções gonocócicas e por clamídias podem passar despercebidas se testes apenas urogenitais forem realizados entre HSH (CDC, 2021). Além disso, a infecção faríngea por gonococo também pode favorecer a

disseminação da gonorreia e da resistência antimicrobiana (RAM), uma vez que essas infecções são em sua maioria assintomáticas (> 90%), detectadas com menos frequência e substancialmente mais difíceis de erradicar do que as infecções em locais urogenitais ou anorretais. Consequentemente, a gonorreia faríngea pode atuar como um reservatório para infecção e surgimento e disseminação da RAM (JACOBSSON et al., 2021).

2.5. Por fim, a oferta do diagnóstico oportuno é essencial para o enfrentamento das ISTs no âmbito do SUS, tanto em casos sintomáticos como nos casos assintomáticos, considerando ainda os diversos sítios anatômicos passíveis de infecção, e em especial, em populações mais vulnerabilizadas, como trabalhadores e trabalhadoras do sexo, pessoas trans, HSH e outras populações que acessam serviços de CTA. Neste caso, a realização do diagnóstico, liberação do resultado e instituição do tratamento, tudo no mesmo momento de visita ao serviço, proporciona maior resolutividade, contribui para a quebra de cadeia de transmissão e diminui a morbidade associadas as ISTs (BRASIL, 2022).

3. FORNECIMENTO DO TESTE RÁPIDO MOLECULAR DE CT/NG (TRM-CT/NG)

3.1. O fornecimento dos TRM-CT/NG para utilização no projeto piloto será realizado através de entrega única para os locais participantes. Os insumos fornecidos serão:

- Kit de coleta de amostra em swab (SWAB/G-50 – swab vaginais, endocervicais, faríngeas e retais).
- Kit de coleta de amostra de urina (URINE/A-50 – amostras de urina).
- Pipetas de transferência de amostras de urina (1 mL).
- Cartuchos Xpert® CT/NG com tubos de reação integrados para execução do exame.
- CD (contendo: Ficheiros de definição do ensaio – ADF, Instruções para importar o ADF, Instruções de utilização).

4. RECOMENDAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TRM-CT/NG

4.1. Recomenda-se que o TRM-CT/NG seja ofertado no mesmo momento de visita ao serviço de saúde, evitando que o usuário necessite retornar em outro momento para realização da testagem. Idealmente, buscando maior resolutividade do caso, orienta-se que o usuário permaneça no serviço de saúde desde a coleta, até o fornecimento do resultado de exame e orientações referentes ao tratamento, caso indicado. Os TRM-CT/NG são indicados para o **diagnóstico de pessoas sintomáticas** e o **rastreamento de pessoas assintomáticas** (Quadro 1), com foco nas pessoas atendidas nos Centros de Testagem e Acolhimento (CTA) e Serviços de Atenção Especializada (SAE), que são serviços de referência para populações em situação de maior vulnerabilidade às IST.

4.2. Para todas as pessoas atendidas nos serviços de CTA/SAE que fazem parte do projeto-piloto e que apresentam sinais e sintomas de possível infecção causada por CT ou NG, deverá ser ofertado o TRM-CT/NG, durante o mesmo momento de visita ao serviço de saúde. O tempo estimado para obtenção do resultado é de 90 minutos. A decisão clínica sobre o tratamento deve ser realizada conforme resultado do teste. Os sinais e sintomas de prováveis ISTs causadas por CT/NG, com história de exposição de risco, são: corrimento uretral, corrimento vaginal e/ou cervicite, corrimento anal e/ou dor anal e secreção e/ou dor orofaríngea.

4.3. Para os casos de pessoas atendidos em serviços de CTA/SAE participantes do projeto-piloto, mas que estão assintomáticas, o **Quadro 1** apresenta as recomendações de rastreamento com TRM-CT/NG para estes casos. A oportunidade de oferta de testagem é fundamental para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno, visando a cura e a interrupção da cadeia de transmissão.

Quadro 1: Rastreamento de pessoas assintomáticas para testagem rápida molecular para clamídia e Gonococo (TRM-CT/NG).

QUEM	TRM-CT/NG
	QUANDO
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico
PVHA^B	No momento do diagnóstico
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral
Pessoas em uso de PrEP	Semestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)
Gestantes em situação de maior vulnerabilidade às ISTs	Testar uma vez durante gestação (idealmente, no primeiro trimestre)

4.4. No que diz respeito à testagem de gestantes, não devem ser alterados fluxos de pré-natal do município ou região, para que sejam testadas para CT/NG no CTA/SAE. A orientação é que apenas as pessoas gestantes já atendidas no CTA/SAE sejam testadas com TRM-CT/NG, uma vez usuários desses tipos de serviço, em geral, são consideradas de maior vulnerabilidade às ISTs.

4.5. Durante a realização do projeto, orienta-se a priorização do uso do TRM-CT/NG, ao invés de coleta de amostra na Rede Nacional de Laboratórios de Biologia Molecular para Detecção de Clamídia e Gonococo no SUS. No entanto, durante o projeto é necessário organizar os fluxos dentro do serviço de saúde com rede laboratorial de referência do município ou estado, para continuar a realização de testagem de CT/NG após o encerramento do projeto.

5. COLETA DE AMOSTRAS PARA TRM-CT/NG

5.1. O tipo de amostra deve ser definido conforme histórico clínico-epidemiológico, sintomatologia, prática sexual e disponibilidade de teste. Os sítios anatômicos de possível coleta de material: urina (uretra), vaginal, cervical (colo de útero), anal e orofaríngea. Podem ser realizados até 3 coletas de amostras de sítios anatômicos diferentes, a depender a prática sexual, como exemplo: urina, anal e orofaríngea; ou swab vaginal/endocervical, anal e orofaríngea.

5.2. No caso de pessoas com vagina e colo de útero, orienta-se realizar coleta de amostra de swab vaginal ou endocervical, em vez de amostra de urina, sempre que possível (AARON et al, 2023). Avaliar a possibilidade de organizar o serviço para garantir esse tipo de coleta de amostra.

5.3. Caso o serviço realize a coleta de exame preventivo de câncer de colo do útero (colpo citologia oncológica) ou colposcopia, pode eventualmente organizar o atendimento para coleta de preventivo e coleta de CT/NG ao mesmo tempo. Neste caso, recomenda-se que a coleta de swab vaginal ou endocervical para detecção de CT/NG seja realizado antes da coleta do exame preventivo, pois o procedimento de coleta de preventivo pode causar pequeno sangramento local, o que pode inviabilizar a coleta para CT/NG. A coleta de exame preventivo de câncer de colo do útero deve ser preferencialmente realizada após o tratamento das infecções do trato genital. Não realizar coleta de preventivo no intuito de diagnosticar vulvovaginite, vaginose e cervicite.

5.4. As informações detalhadas sobre a coleta de amostras para TRM-CT/NG, devem seguir o preconizado na bula do fabricante e orientações do **Apêndice 1** conforme o tipo de amostra, utilizando o kit de colheita de amostra em swab (SWAB/G-50 – swab vaginais, endocervicais, faríngeas e retais) e/ou kit de colheita de amostra de urina (URINE/A-50 – amostras de urina).

6. PROFISSIONAIS ELEGÍVEIS PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES E COLETA DE MATERIAIS

6.1. No que diz respeito tanto a função de solicitações de exames, quanto a função de coleta de amostras, considerando que o Ministério da Saúde não regulamenta as atribuições profissionais, é necessário consultar as normas e regulamentações específicas de cada conselho regional para obter informações mais detalhadas. A partir dessas informações cada serviço tem a autonomia de organizar as atribuições baseadas na realidade local, levando em consideração a necessidade de dispor pelo menos um profissional apto para desempenhar essas funções.

6.2. Para liberação de resultado é importante que o serviço tenha um Responsável Técnico com CBO compatível para assinatura de laudo, conforme normas de seus respectivos conselhos.

7. ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS COM RESULTADOS DETECTADOS E NÃO DETECTADOS

7.1. Em caso de resultados não detectado para clamídia e/ou gonococo, em todos os sítios anatômicos coletados, a conduta dependerá da existência de sinais e sintomas. Caso o teste tenha sido realizado em contexto de rastreamento de pessoa assintomática, não se realiza nenhum tratamento, apenas orientação e aconselhamento. Caso a pessoa que foi testada esteja apresentando sinais e sintomas, é necessário realizar tratamento de infecções considerando a possibilidade de outros agentes infecciosos que não clamídia ou gonococo, e realizar diagnóstico diferencial para causas não infecciosas, de acordo com avaliação da equipe de saúde.

Condição Clínica	Resultado do Teste rápido de biologia molecular CT/NG	Conduta
Pessoa com sinais e sintomas sugestivos de IST	Não detectado para clamídia e/ou gonococo	Realizar tratamento de infecções considerando a possibilidade de outros agentes infecciosos que não clamídia ou gonococo , e realizar diagnóstico diferencial para causas não infecciosas, de acordo com avaliação da equipe de saúde
Rastreamento de pessoa assintomática	Não detectado para clamídia e/ou gonococo	Não realizar nenhum tratamento, apenas orientação e aconselhamento
Pessoa com sinais e sintomas sugestivos de IST	Detectado para clamídia e/ou gonococo	Realizar tratamento conforme resultado da testagem, de acordo com recomendações do quadro de tratamento de infecções por gonococo e clamídia
Rastreamento de pessoa assintomática		

7.2. Em caso de resultado detectado para clamídia e/ou gonococo, independente da presença de sinais ou sintomas, colhido de qualquer sítio anatômico, a pessoa deve ser tratada para infecção por clamídia e/ou gonococo. A antibioticoterapia e posologia indicados para tratamento de infecção por clamídia e gonococo são apresentadas em **Quadro 2**, e são recomendadas independentemente de serem infecções sintomáticas ou assintomáticas.

Quadro 2: Tratamento de infecções por gonococo e clamídia

INFECÇÃO POR GONOCOCO/CLAMÍDIA	TRATAMENTO	
	Primeira opção	Segunda opção
Coinfecção por clamídia e gonococo não complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-
Infecção por clamídia (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	<u>Doxiciclina</u> 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única
<ul style="list-style-type: none"> Se paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g). As parcerias sexuais devem receber o mesmo tratamento indicado ao paciente. Pacientes e parcerias devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única). O retratamento de infecção gonocócica é para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais. 		

7.3. Orienta-se que a prescrição deve ser feita de acordo com o resultado do exame de testagem de clamídia e gonococo. No entanto, pode ocorrer tratamento da síndrome antes do resultado da testagem, nesses casos, o resultado agregará informação no atendimento da pessoa pós tratamento. Assim, será possível avaliar se o tratamento inicial foi correto, se é necessária outra intervenção clínica e qual o melhor direcionamento do tratamento das parcerias sexuais.

7.4. No caso de existência de sinais e sintomas, com resultado não detectados para clamídia e gonococo, é necessária avaliação clínica criteriosa, verificando história de uso de antibióticos e analisar a possibilidade de causas não infecciosas. Se suspeita de IST persistir, considerar a possibilidade de infecção não-gonocócica e não-clamídia, e se possível realizar a pesquisa de outros patógenos de IST, com inclusão de *Mycoplasma genitalium*, e coleta de exames antes de instituição de tratamento. A escolha dos antimicrobianos para o tratamento nesses casos é individualizado, a depender da avaliação da equipe de saúde do serviço. Ressalta-se ainda que para os casos de corrimento uretral com resultado não detectado para CT/NG, orienta-se o tratamento imediato para *Trichomonas vaginalis*. Para mais informações, verificar recomendações de PCDT-IST (BRASIL, 2022).

7.5. Em casos de síndromes clínicas persistentes, como uretrite, cervicite, proctite e faringite, deve-se realizar a avaliação, principalmente, por meio da história clínica, considerando a possibilidade de reinfecção ou o tratamento inadequado para clamídia e gonorreia. Descartadas tais situações, e se mantem teste detectado para gonococo após 21 dias do tratamento prévio, realizar prescrição específica para retratamento conforme opções descritas em Quadro 2.

7.6. O tratamento das parcerias sexuais deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, buscando a quebra da cadeia de transmissão. Além do tratamento, deve-se ofertar a realização de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais.

8. PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO E GAL

8.1. Os serviços de saúde que participam do projeto devem preencher Questionário específico do TRM-CT/NG, visando a coleta de informações que subsidiarão a decisão sobre uma implantação definitiva no âmbito do SUS.

8.2. No que diz respeito ao registro laboratorial, o exame de detecção de CT/NG deve ser solicitado e liberado no sistema GAL, utilizando o formulário de Biologia Médica – Formulário de Requisição, disponível em: <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php?area=0401>, o mesmo deve ser cadastrado como exame “Pesquisa de Multipatógenos IST”, conforme orientações apresentadas nos **Apêndices 2 e 3**. É obrigatória a inclusão da informação do kit utilizado, o qual será “**Xpert CT/NG**”. Essa informação irá compor o laudo do resultado liberado no GAL.

9. APÊNDICE 1: ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE AMOSTRAS.

1. Amostra de urina:

Recomenda-se coletar de 20 a 50 ml do primeiro jato de urina. O paciente não deve ter urinado durante pelo menos 1 hora antes da coleta. Para melhores resultados, pessoas com vagina não devem lavar a área genital antes da coleta.

As amostras de urina devem ser imediatamente transferidas para o tubo kit de colheita de amostra de urina (URINE/A-50) contendo o meio de armazenamento e transporte. Entretanto, caso necessário armazenamento prévio a transferência para o tubo coletor (URINE/A-50), deve-se seguir a recomendação do fabricante:

- Urina de pessoas com vagina entre 2 °C e 30 °C durante período máximo de 24 horas.
- Urina de pessoas com pênis entre 2 °C e 30 °C durante período máximo de 3 dias.
- Urina de pessoas com vagina e pessoas com pênis entre 2 °C e 4°C durante período máximo de 8 dias.

Após transferência das amostras para o tubo kit de colheita de amostra de urina (URINE/A-50), deve seguir as recomendações do fabricante, resumidamente:

- Urina de pessoas com vagina entre 2 °C e 15 °C durante período máximo de 45 dias
- Urina de pessoas com vagina entre 2 °C e 30 °C durante período máximo de 3 dias
- Urina de pessoas com pênis entre 2 °C e 30 °C durante período máximo de 45 dias

Se a urina coletada contiver excesso de sangue (amostra de cor castanha ou vermelho escuro), deverá ser eliminada e não utilizada em testes.

Embora seja pouco provável que estejam presentes em amostras de urina, lubrificantes vaginais, gel espermicidas, poderão interferir com o teste e não deverão ser utilizados antes ou durante a colheita da amostra.

Cada embalagem do kit de coleta e transporte de urina (URINE/A-50) é para uma ÚNICA utilização. Não deve ser reutilizado nenhum componente da embalagem do kit de amostra de urina. Não deve ser reutilizado o tubo coleta e transporte (URINE/A-50). Não utilize pipeta de transferência descartável que esteja danificada. Não deve ser utilizado os kits fora do prazo de validade.

CUIDADO em caso de contato na pele com o líquido de armazenamento e transporte contido no tubo coletor. Em caso de exposição, lavar com água e sabão em abundância.

2. Amostra de swab vaginal coletadas pela própria paciente (Autocoleta) / Amostra endocervical coletada por profissional da saúde habilitado:

Lubrificantes vaginais, gel espermicidas, cremes poderão interferir com o teste e não deverão ser utilizados antes ou durante a coleta da amostra. Se a amostra coletada contiver sangue em excesso (amostra de cor vermelha ou castanha), deverá ser eliminada e não utilizada em testes.

Após a coleta de amostra vaginal e/ou endocervical com auxílio do swab, a haste deverá ser quebrada na linha tracejada e inserida no tubo do kit de coleta de amostra (SWAB/G-50). **IMPORTANTE:** Somente UM swab deverá ser inserido em cada tudo do kit.

Em swab vaginal, a bula do fabricante recomenda a coleta realizada pela paciente, desde que devidamente orientada por profissional de saúde. Caso a paciente realize autocoleta, é necessário entregar o swab para profissional de saúde para introduzir o swab dentro do tubo SWAB/G-50 contendo o meio de armazenamento e transporte.

CUIDADO em caso de contato na pele com o líquido de armazenamento e transporte contido no tubo coletor. Em caso de exposição, lavar com água e sabão em abundância.

3. Amostra extragenital de swab orofaríngea:

Após a coleta de amostra extragenital orofaríngea com auxílio do swab, a haste deverá ser quebrada pela linha tracejada e inserida no tubo do kit de coleta de amostra em swab (SWAB/G-50). **IMPORTANTE:** Somente UM swab deverá ser inserido em cada tudo do kit.

CUIDADO em caso de contato na pele com o líquido de armazenamento e transporte contido no tubo coletor. Em caso de exposição, lavar com água e sabão em abundância.

4. Amostra extragenital de swab anorretal:

Após a coleta de amostra extragenital anorretal com auxílio do swab, a haste deverá ser quebrada pela linha tracejada e inserida no tubo do kit de colheita de amostra em swab (SWAB/G-50). **IMPORTANTE:** Somente UM swab deverá ser inserido em cada tudo do kit.

Se a amostra coletada contiver muito contaminada (amostra de cor vermelha ou castanha), deverá ser eliminada e não utilizada em testes.

CUIDADO em caso de contato na pele com o líquido de armazenamento e transporte contido no tubo coletor. Em caso de exposição, lavar com água e sabão em abundância.

10. **APÊNDICE 2: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA CADASTRO DE AMOSTRAS PARA O EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE CT/NG – PROJETO PILOTO.**

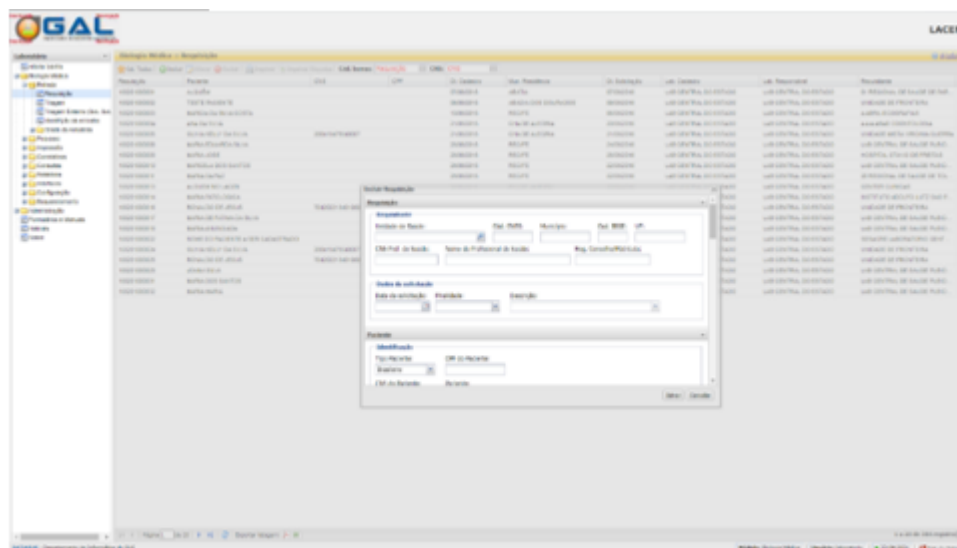
I - O exame de biologia molecular para detecção de CT/NG deve ser registrado no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) como exame **“Pesquisa de Multipatógenos IST”**. Caso este não seja habilitado, deve-se solicitar a habilitação ao gerente local do GAL.

a) Os contatos dos gerentes locais do GAL podem ser obtidos em: <http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php?area=0502>

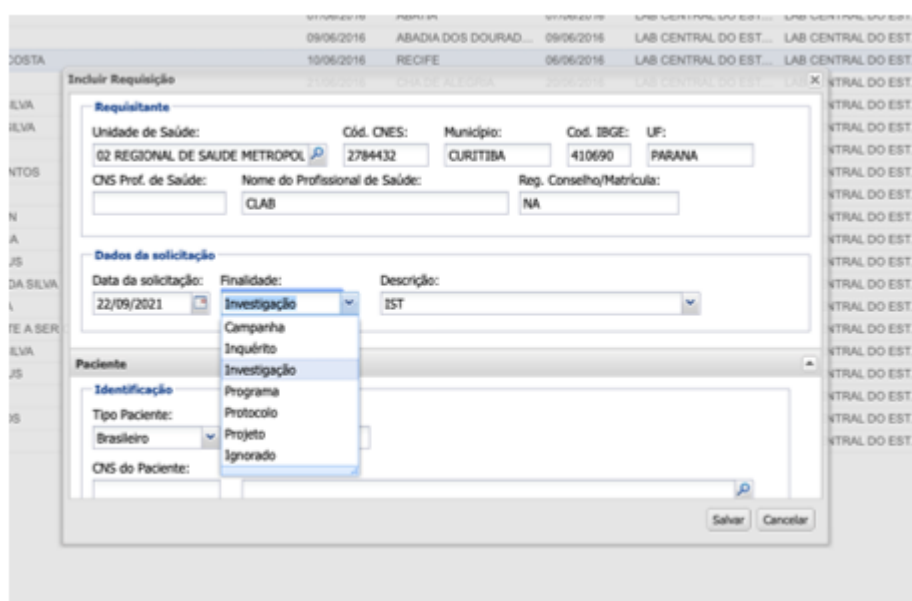
II - **Cadastro de Amostra:**

As instruções a seguir são referentes aos campos específicos para o cadastro do exame de biologia molecular para detecção de CT/NG, portanto, todos os demais campos obrigatórios da requisição também deverão ser preenchidos.

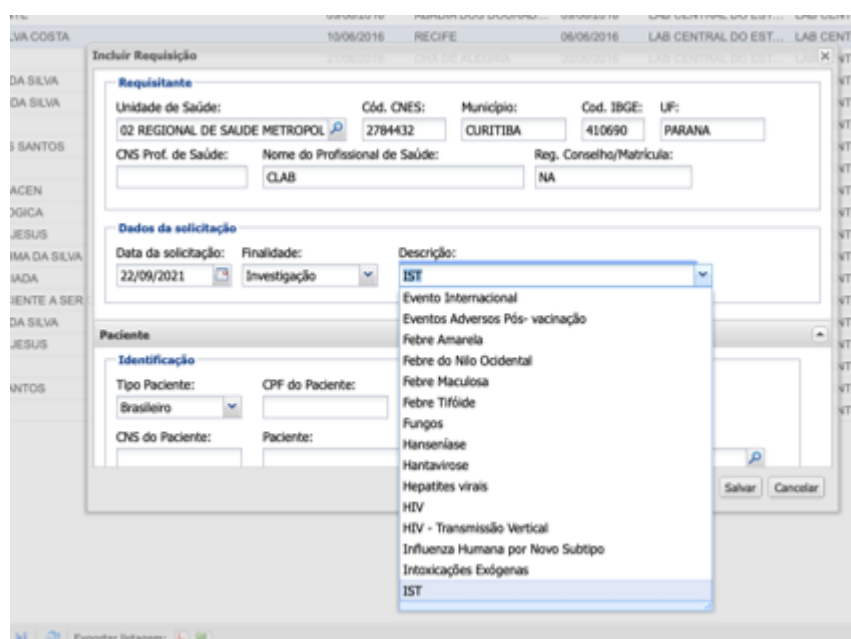
1. Incluir requisição.



2. No campo “Finalidade”: selecionar a opção “Investigação”.



3. No campo “Descrição”: selecionar a opção “IST”.



4. No campo “Agravado/Doença”: selecionar a opção “Doenças sexualmente transmitidas”.

Doenças Sexualmente Transmítidas

- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS
- Idade gestacional:
- Motivo:
- Diagnóstico:

Salvar Cancelar

5. No campo “Caso”, localizado na aba “Detalhes do agravo”: selecionar a opção “Diagnóstico”.

Detalhes do agravo

Caso: Diagnóstico

Suspeito

Comunicante

Acompanhamento

Controle

Óbito

Caso Grave

Surto

Diagnóstico

Ignorado

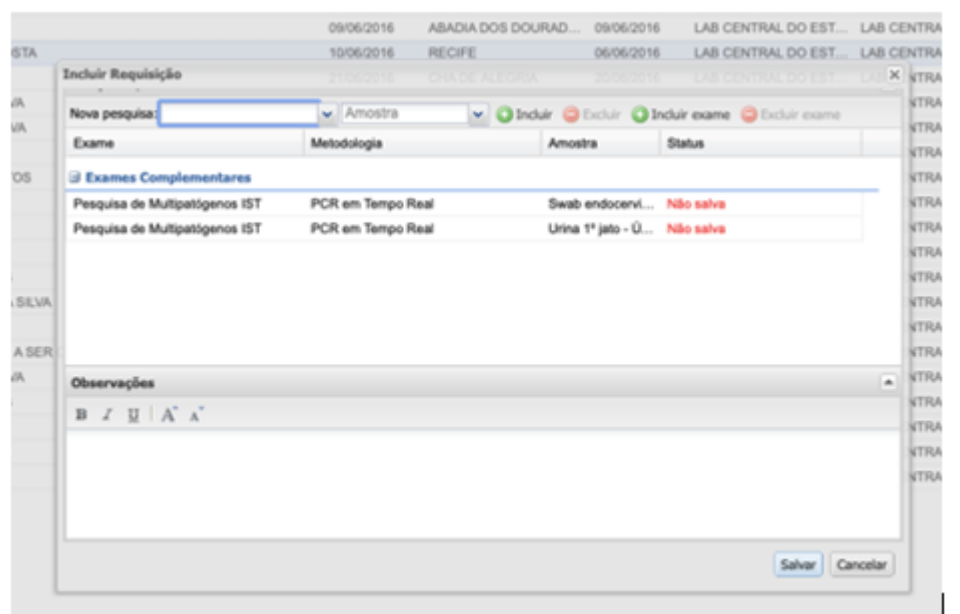
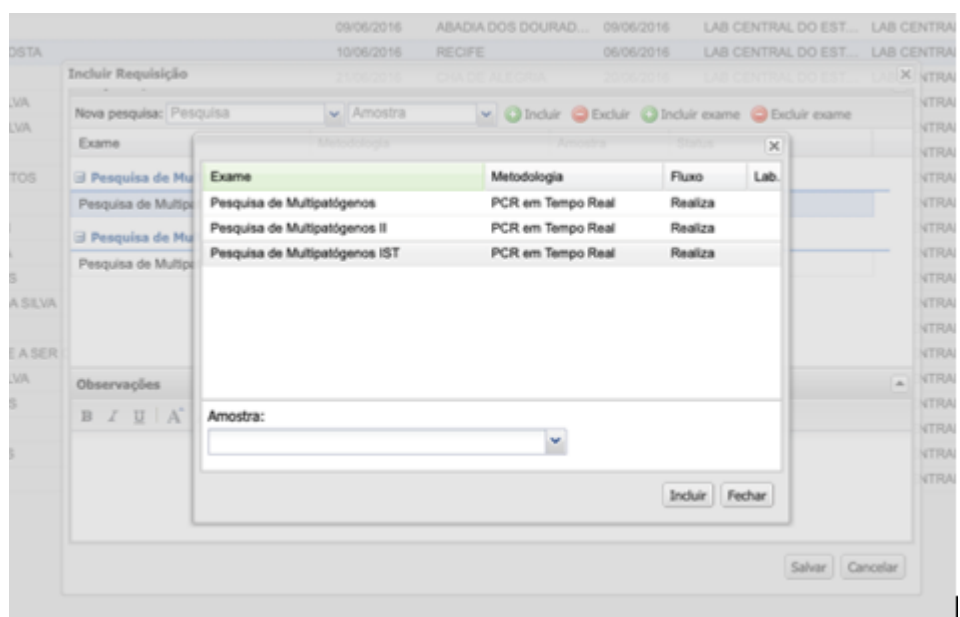
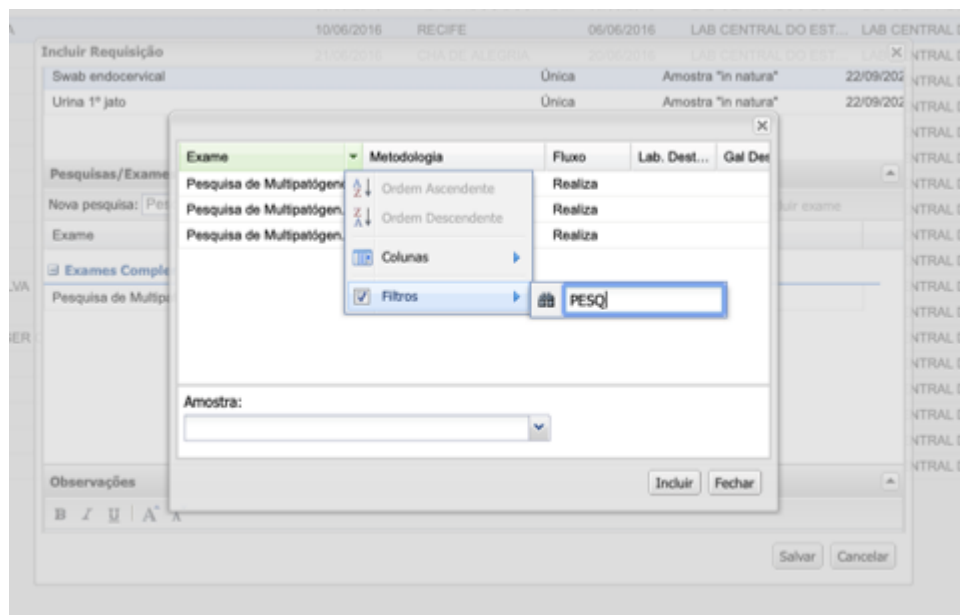
Salvar Cancelar

6. Na aba “Amostras”, especificar no campo “Nova amostra” os tipos de amostras estabelecidas para o exame de biologia molecular para detecção de CT/NG, conforme tipo de amostra coletado e seguindo o preconizado pelo fabricante do ensaio. No campo “Amostra”, informar a letra “U” que se refere a uma amostra única coletada.

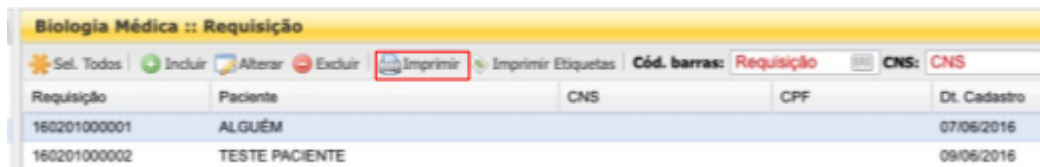
É importante que a unidade coletora/solicitante consulte o laboratório para o qual as amostras serão encaminhadas, de forma a verificar quais os tipos de amostras são aceitos para o exame de detecção de CT/NG.

7. Na aba “Pesquisa/Exame”, selecionar a opção “Incluir exame”

8. Em “Incluir exame”, pesquisa o exame **“Pesquisa de Multipatógenos IST”** e selecionar a amostra cadastrada. Se houver mais de uma amostra, é necessário repetir essa inclusão para cada amostra cadastrada anteriormente.



9. Após salvar a requisição, o serviço de coleta poderá imprimir a requisição para envio junto com a amostra ao laboratório. Para isso, a requisição de interesse deve ser selecionada na tela inicial e, posteriormente, clicar em “imprimir”.



Requisição	Paciente	CNS	CPF	Dt. Cadastro
160201000001	ALGUÉM			07/06/2016
160201000002	TESTE PACIENTE			09/06/2016

Em caso de dúvidas sobre o ensaio Cepheid, favor contactar o SAC da empresa:

- 0800-941-4610
- latamsupport@cepheid.com

11. **APÊNDICE 3: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA CADASTRO DE RESULTADOS DO EXAME DE BIOLOGIA MOLECULAR RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE CT/NG – PROJETO PILOTO.**

O exame de biologia molecular para detecção de CT/NG deve ser registrado no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) como exame **“Pesquisa de Multipatógenos IST”**.

Caso este não seja habilitado, deve-se solicitar a habilitação ao gerente local do GAL.

- a) Os contatos dos gerentes locais do GAL podem ser obtidos em:
<http://gal.datasus.gov.br/GALL/index.php?area=0502>

As instruções a seguir são referentes aos campos específicos para o cadastro do exame de biologia molecular para detecção de CT/NG, portanto, todos os demais campos obrigatórios também deverão ser preenchidos.

I - **Triagem das amostras:**

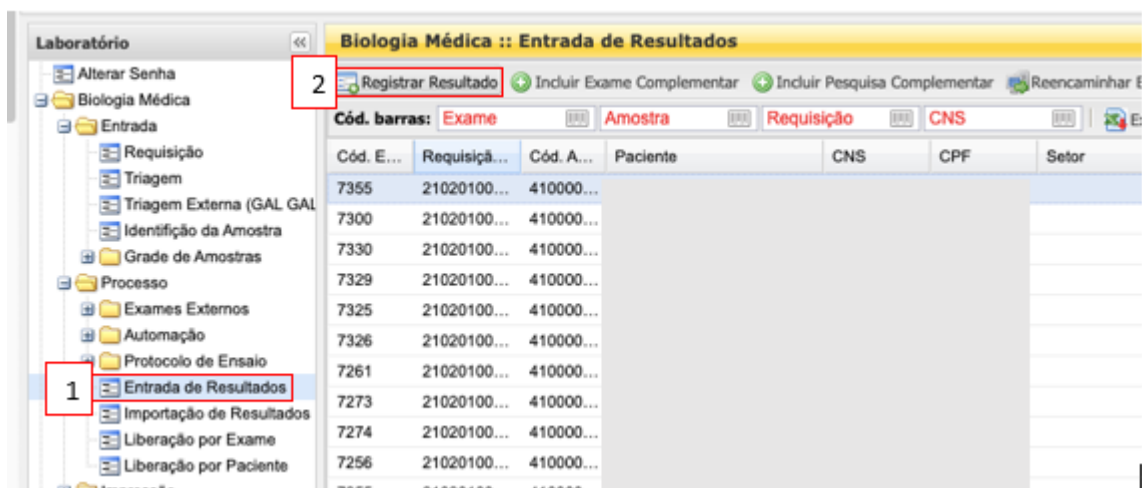
- a) Após chegada da amostra no laboratório executor e verificação se a amostra atende os critérios para realização do exame, o profissional deve entrar na aba “Triagem” e pesquisar a requisição correspondente a amostra enviada pelo serviço de coleta ou instituição solicitante. Em seguida, deve-se selecionar a opção “Aprovar”



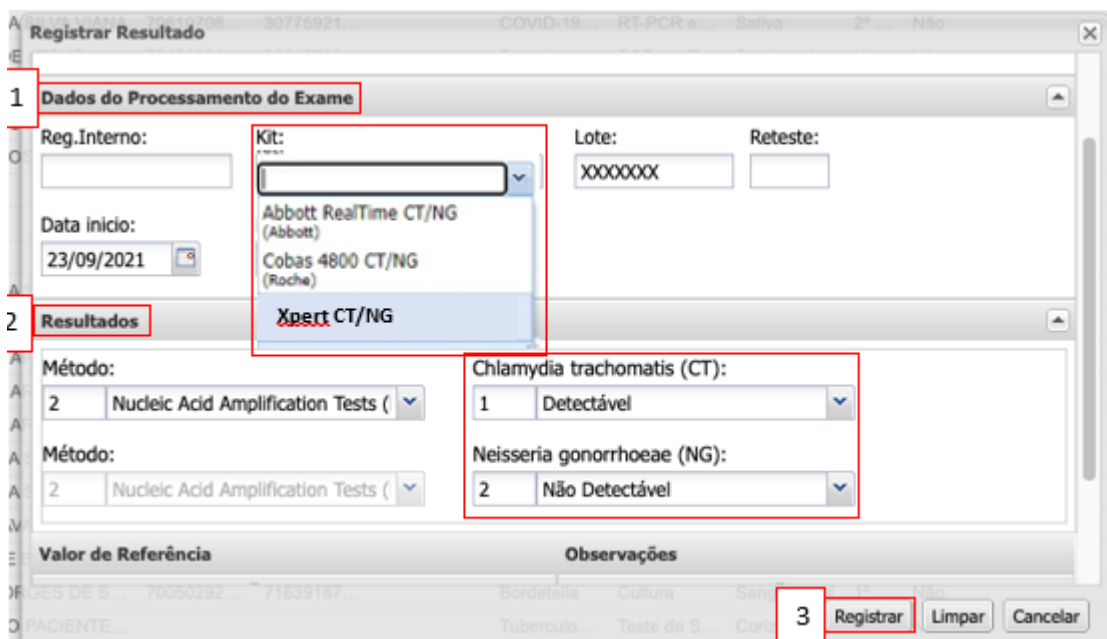
Requisição	Cód. Amostra	Paciente	CNS	Req. Externo	Lab. Externo	Sector	Exame
160201000...	12	MARIA JOSE					Chikungunya, IgM
160201000...	410000798	MARIA JOSE					Pesquisa de Multi...
160201000...	410000797	MARIA JOSE					Pesquisa de Multi...

II - **Cadastramento de Resultados:**

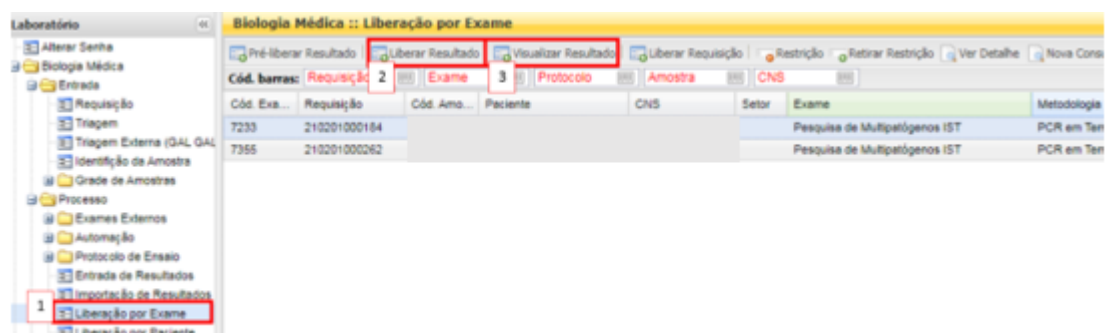
1. Com o exame realizado, o profissional responsável deverá entrar na aba “Entrada de Resultados” e pesquisar a requisição correspondente a amostra enviada pelo serviço de coleta ou instituição solicitante. Em seguida, deve-se selecionar a opção “Registrar Resultado”



2. Para registrar o resultado, é fundamental identificar o kit utilizado (**Xpert CT/NG**), bem como as outras informações relacionadas no campo “Dados do Processamento do Exame”. Na aba “Resultados”, deve-se selecionar no campo “Método” a opção “Nucleic Acid Amplification Test (NAATs)” e identificar o resultado para cada um dos patógenos do exame, *Chlamydia trachomatis* (CT) e *Neisseria gonorrhoeae* (NG), podendo escolher entre “Detectável” e “Não Detectável”, conforme resultado obtido. Ao final, deve-se selecionar a opção “Registrar” para que o resultado seja cadastrado.



III - Após o registro do resultado, é necessário acessar o menu “**Liberação por Exame**”. Nessa tela, deve ser selecionado os exames que se deseja liberar o resultado e clicar em “Liberar resultado”. Ainda nessa tela é possível visualizar o laudo, clicando em “Visualizar Resultado”.



Em caso de dúvidas sobre o ensaio Cepheid, favor contactar o SAC da empresa:

- 0800-941-4610
latamsupport@cepheid.com

Referências

Fonte: adaptado de “Quadro 5 – Rastreamento de IST” do PCDT-IST (BRASIL, 2022).

Legenda: IST – infecção sexualmente transmissível; PVHA – pessoa vivendo com HIV/aids; PrEP – profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV; PEP – profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.

Notas: a- Em PVHA, sem ser no momento do diagnóstico, caso não tenha registro de testagem molecular de CT/NG anterior, recomenda-se a realização da testagem.

Fonte: adaptado de PCDT-IST (BRASIL, 2022).

AARON, K.J.; GRINER, S.; FOOTMAN, A.; BOUTWELL, A.; VAN DER POL, B. Vaginal Swab vs Urine for Detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Trichomonas vaginalis*: A Meta-Analysis. **The Annals of Family Medicine**. v. 21, n. 2, p. 172-179, Mar. 2023. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/21/2/172>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines**. MMWR Recommendations and Reports / Vol. 70 / No. 4. CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>

JACOBSSON, S; COLE, M.J.; SPITERI, G.S.; et al. Associations between antimicrobial susceptibility/resistance of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in European Union/European Economic Area and patients' gender, sexual orientation and anatomical site of infection, 2009–2016. **BMJ Infectious Diseases**. v. 21, n. 273, p. 1 – 12, 2021. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-05931-0>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the Management of Symptomatic Sexually Transmitted Infections**. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240024168>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021**. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077>.



Documento assinado eletronicamente por **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Depart. de HIV/AIDS, Tuberc., Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 06/10/2023, às 12:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

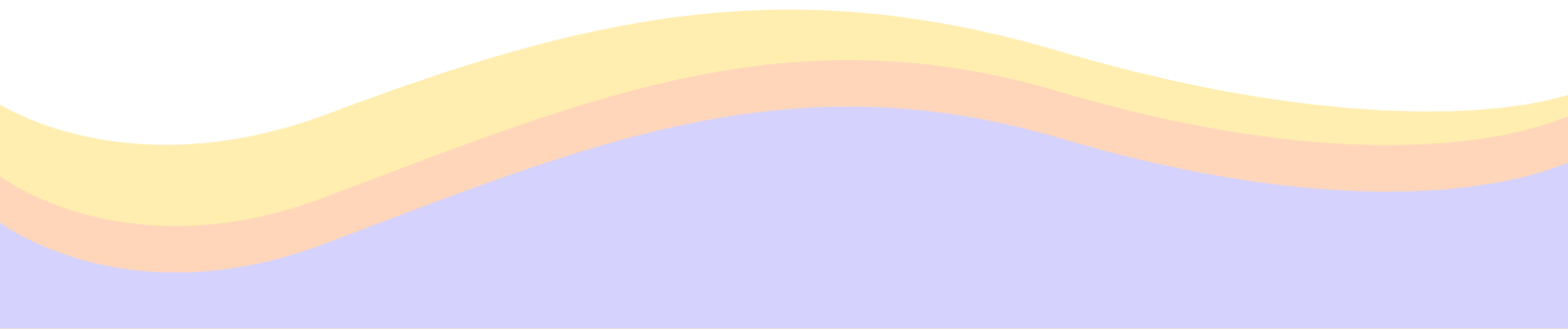


A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0036340591** e o código CRC **F8647FE3**.

Referência: Processo nº 25000.147439/2023-21

SEI nº 0036340591

ANEXO 5



ANEXO 5: Ficha registro projeto-piloto CT/NG

QUESTIONÁRIO SOBRE ATENDIMENTO COM REALIZAÇÃO DE TESTE MOLECULAR RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO (CT/NG)

PERFIL ATENDIMENTO

Nº do atendimento/identificação do REDCap: _____

Nº prontuário de atendimento/ ficha de atendimento: _____

1. Data de nascimento: _____

2. Raça/cor (autodeclarada):	<input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta
------------------------------	--

3. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> Educação superior completa <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não Informado
------------------	--

4. Identidade de gênero:	<input type="checkbox"/> Mulher Cis <input type="checkbox"/> Mulher transexual <input type="checkbox"/> Travesti <input type="checkbox"/> Homem Cis <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Outra
--------------------------	---

5. Sexo atribuído ao nascimento:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexo
----------------------------------	---

6. Orientação Sexual:	<input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Assexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Outros (escrever): _____ <input type="checkbox"/> Não sabe ou prefere não declarar
-----------------------	---

7. Pertence a uma destas populações?	<input type="checkbox"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas <input type="checkbox"/> Trabalhadores do sexo <input type="checkbox"/> Em situação de rua <input type="checkbox"/> Privados de liberdade <input type="checkbox"/> Indígenas aldeados <input type="checkbox"/> População do campo e floresta <input type="checkbox"/> Trabalho rural <input type="checkbox"/> Não pertence a nenhuma das populações listadas
--------------------------------------	--

8. Bairro de residência: _____

9. Profissão: _____

10. Está gestante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
--------------------	--

EXPOSIÇÕES DE RISCO

11. Nos últimos 6 meses, quantas parcerias sexuais você teve?	
---	--

12. Nos últimos 6 meses você teve algum tipo das seguintes relações sexuais SEM PRESERVATIVO ? (marcar todas as aplicáveis)	<input type="checkbox"/> Anal insertivo (penetrar ânus) <input type="checkbox"/> Anal receptivo (ser penetrado (a) no ânus) <input type="checkbox"/> Vaginal insertivo (penetrar vagina) <input type="checkbox"/> Vaginal receptivo (ser penetrado (a) na vagina) <input type="checkbox"/> Recebeu sexo oral <input type="checkbox"/> Fez sexo oral <input type="checkbox"/> Não se aplica (usou preservativo ou não teve relação sexual)
---	---

SITUAÇÕES ELEGÍVEIS PARA SOLICITAÇÃO DO TESTE MOLECULAR RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE CLAMÍDIA E GONOCOCO:

13. Assinalar qual das situações motivou a realização do teste rápido de biologia molecular para CT/NG:

☐ Pessoa **COM SINAIS/SINTOMAS DE PROVÁVEL IST** causada por CT/NG.

Quais sinais/sintomas foram identificados na consulta?

- ☐ Corrimento uretral
- ☐ Corrimento vaginal e/ou cervicite
- ☐ Corrimento anal e/ou dor anal
- ☐ Secreção/dor orofaríngea
- ☐ Outros _____

☐ Pessoa **assintomática: RASTREAMENTO DE CT/NG.**

Qual motivo para o rastreamento?

- ☐ PrEP
- ☐ PEP
- ☐ Pessoa vivendo com HIV no momento do diagnóstico
- ☐ Gestante com alta vulnerabilidade para IST
- ☐ Exposição de risco

☐ Retestagem por persistência dos sintomas sugestivos de IST (maior que 21 dias).

Quais sinais/sintomas foram identificados na consulta?

- ☐ Corrimento uretral
- ☐ Corrimento vaginal e/ou cervicite
- ☐ Corrimento anal e/ou dor anal
- ☐ Secreção/dor orofaríngea
- ☐ Outros _____

DADOS SOBRE COLETA DA AMOSTRA E ENTREGA DE RESULTADO:

14. A pessoa realizou coleta do teste rápido de biologia molecular para CT/NG no mesmo momento da visita ao serviço de saúde (quando foi solicitado o exame)?

☐ Sim

☐ Não, a pessoa retornou em outro momento para coleta do exame.

Quando coletou? ☐ no mesmo dia em outro período

☐ no dia seguinte

☐ em 2 ou 3 dias

☐ em 4 a 7 dias

☐) após 7 dias

☐) a pessoa não voltou ao serviço para a coleta

Por que a **PESSOA NÃO COLETOU** no mesmo **MOMENTO DE VISITA** ao serviço?

☐) **Profissional(is) habilitado(s)** para uso do equipamento **não presente no serviço** ou **não disponível**.

☐) Impossibilidade de coleta de amostra.

☐) Problema no manuseio de amostra ou equipamento.

☐) Outro motivo: _____

15. A pessoa recebeu o resultado do teste rápido de biologia molecular CT/NG como parte do atendimento no qual o exame foi solicitado, ou seja, no mesmo momento da visita ao serviço?

☐) Sim

☐) Não, a pessoa retornou em outro momento para receber o resultado do teste

Quando recebeu o resultado?

☐) no mesmo dia em outro período

☐) no dia seguinte

☐) em 2 ou 3 dias

☐) em 4 a 7 dias

☐) após 7 dias

☐) a pessoa não voltou ao serviço para a coleta

Porque a **PESSOA NÃO RECEBEU O RESULTADO** de exame no mesmo **MOMENTO DE VISITA** ao serviço:

☐) Pessoa não quis/não pode esperar pelo resultado do teste.

☐) Profissional(is) habilitado(s) para entrega de resultado não presente no serviço ou não disponível.

☐) Outro motivo: _____

16. SÍTIOS ANATÔMICOS COM COLETA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA PESQUISA DE CLAMÍDIA/GONOCOCO (até 3 sítios a depender da exposição) e RESULTADO DE TESTE:

<input type="checkbox"/>) Urina	<input type="checkbox"/>) Detectado para Clamídia <input type="checkbox"/>) Detectado para Gonococo <input type="checkbox"/>) Não detectado para Clamídia e Gonococo
<input type="checkbox"/>) Esfregaço vaginal	<input type="checkbox"/>) Detectado para Clamídia <input type="checkbox"/>) Detectado para Gonococo <input type="checkbox"/>) Não detectado para Clamídia e Gonococo
<input type="checkbox"/>) Esfregaço endocervical	<input type="checkbox"/>) Detectado para Clamídia <input type="checkbox"/>) Detectado para Gonococo <input type="checkbox"/>) Não detectado para Clamídia e Gonococo
<input type="checkbox"/>) Esfregaço anorretal	<input type="checkbox"/>) Detectado para Clamídia <input type="checkbox"/>) Detectado para Gonococo <input type="checkbox"/>) Não detectado para Clamídia e Gonococo
<input type="checkbox"/>) Esfregaço orofaríngeo	<input type="checkbox"/>) Detectado para Clamídia <input type="checkbox"/>) Detectado para Gonococo <input type="checkbox"/>) Não detectado para Clamídia e Gonococo

17. CONDUTA/TRATAMENTO:

Em que momento **foi realizado o tratamento**?

☐) Tratamento **não realizado** (paciente **assintomático** e **não detectado para CT/NG**)

☐) Tratamento **não realizado** (**não havia profissional habilitado** para realizar a prescrição)

☐) Tratamento realizado **após resultado** de teste de biologia molecular rápida **detectado(s)** para **CT e/ou NG**

☐) Tratamento realizado **após resultado** de testes de biologia molecular rápida **não detectados** para **CT/NG**

☐) Tratamento realizado **antes do resultado** de teste de biologia molecular rápida para CT/NG

(Responder esta questão somente se foi REALIZADO TRATAMENTO)

17.1 Qual o esquema terapêutico prescrito?

☐) Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única

☐) Ceftriaxona 500mg, IM, dose única **MAIS** Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias

☐) Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única

☐) Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias

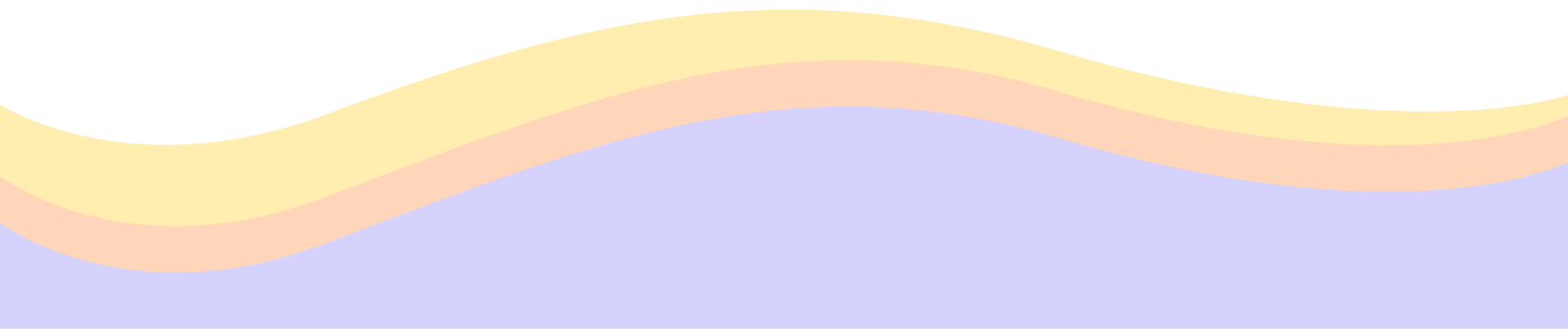
☐ Outro (medicamento e posologia): _____

(Responder esta questão somente se foi REALIZADO TRATAMENTO)

17. 2 Disponibilidade de medicamentos prescritos (pode marcar mais de uma opção):

- ☐ Medicamento injetável aplicado em serviço de saúde
- ☐ Medicamento oral entregue para paciente em serviço de saúde
- ☐ Sem disponibilidade de medicamento injetável no serviço de saúde, entregue prescrição
- ☐ Sem disponibilidade de medicamento oral no serviço de saúde, entregue prescrição

ANEXO 6





Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais

NOTA TÉCNICA Nº 141/2023-CGAHV/.DATI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Dispõe sobre o projeto piloto da utilização do teste rápido imunocromatográfico de quarta geração para detecção de anticorpos anti-HIV 1/2 e antígeno p24 (TR Ag/Ac).

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. O vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem como alvo células que compõem o sistema imunológico, e se não tratado pode levar a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV acontece pela detecção de marcadores imunológicos e virais por imunoenaios (anticorpos e antígenos virais) e por testes moleculares (RNA do HIV). A presença desses marcadores é dependente da resposta imunológica do indivíduo e do curso da viremia. Nesse sentido, conforme demonstrado por FIEBIG *et al.* (2003) o diagnóstico da infecção pelo HIV por diferentes testes será dependente da fase da infecção, sendo o antígeno P24 e o RNA do HIV os marcadores mais precoces da infecção.

2.2. Denomina-se infecção aguda pelo HIV o período entre a primeira e terceira semana após a infecção, durante a qual pode ou não haver sintomatologia, e a mesma se apresenta de forma inespecífica. Após a infecção aguda, se não diagnosticada, há a fase de latência clínica do HIV. Esta fase tem duração variável (podendo chegar a uma década) e caracteriza-se por não apresentar sintomatologia clínica, apenas alterações laboratoriais em alguns casos. À medida que a infecção progride, sintomas constitucionais tornam-se mais frequentes e, quando não tratada, pode levar ao desenvolvimento da AIDS, com surgimento de infecções oportunistas e outras condições associadas a depleção do sistema imunológico, tais como neoplasias. Por isso, a detecção precoce da infecção pelo HIV oportuniza o início da terapia antirretroviral, reduzindo a carga viral e consequente melhora da condição geral do indivíduo, reduzindo a morbimortalidade associada a infecção.

2.3. De acordo com o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018) do Ministério da Saúde, as estratégias de testagem objetivam melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV, ao mesmo tempo que fornecem uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja precoce, seguro e concluído rapidamente.

2.4. Existem imunoenaios laboratoriais capazes de detectar simultaneamente o antígeno P24 do HIV e anticorpos contra o vírus, que são normalmente chamados de **testes de 4ª geração**, ou testes de **antígeno/anticorpo (Ag/Ac)**. O Teste rápido DETERMINE™ HIV EARLY DETECT é um imunoenso imunocromatográfico (teste rápido) capaz de detectar simultaneamente o antígeno p24 e os anticorpos anti-HIV, bem como diferenciar a presença dos dois marcadores. O uso de ensaios de quarta geração aumenta a probabilidade de diagnosticar a infecção aguda pelo HIV (BRASIL, 2018), sendo o período de janela diagnóstica destes testes de aproximadamente 15 dias, metade do período previsto para os ensaios de terceira geração, que detectam apenas anticorpos anti-HIV. Sendo um teste rápido, o DETERMINE™ HIV EARLY DETECT atende as características técnicas recomendadas pelo Ministério da Saúde para uso em localidades que não contam com infraestrutura laboratorial, o que se configura a base para a estratégia de ampliação de acesso a testagem para HIV no âmbito da política de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. O fato de ser um teste de 4ª geração significa que o mesmo possui janela de detecção reduzida em comparação com os testes usualmente empregados no âmbito das unidades de saúde no Brasil.

2.5. Nesse contexto, será realizado um projeto piloto para avaliar a aplicabilidade e usabilidade do teste rápido que detecta antígeno e anticorpos (TR Ag/Ac) na rotina de trabalho, a adesão por parte dos serviços e o impacto da nova estratégia.

3. **FORNECIMENTO DO TR AG/AC**

3.1. O fornecimento dos TR Ag/Ac para utilização no projeto piloto será realizado através de entrega única para os locais participantes. Os kits são compostos por dispositivos de teste e solução tampão, acompanhados de lancetas e pipetas coletoras, para execução dos testes nos serviços de atenção à saúde sem infraestrutura laboratorial e sem a necessidade de quaisquer insumos adicionais por parte do serviço. O procedimento de testagem com coleta por punção digital (com utilização de lancetas e pipeta coletora) pode ser encontrado no **Apêndice 1** desta Nota Técnica.

4. **UTILIZAÇÃO DO TR AG/AC**

4.1. O TR Ag/Ac deve ser utilizado como primeiro teste no Fluxograma descrito no **Apêndice 2** desta Nota Técnica, que foi desenhado tendo em vista as recomendações contidas nos manuais técnicos de diagnóstico do Ministério da Saúde. Os TR Ag/Ac **não** devem ser utilizados em PVHA que estão em uso de TARV.

5. **ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS COM RESULTADOS REAGENTES:**

5.1. No contexto deste projeto para o diagnóstico da infecção pelo HIV, os testes rápidos que detectam apenas anticorpos (TR Ac) e os que detectam antígeno p24 e anticorpos (TR Ag/Ac) deverão ser utilizados simultaneamente e em paralelo como testes iniciais (T1) conforme recomendado no Fluxograma 1, presente no **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças** do Ministério da Saúde (2018).

5.2. Em caso de resultado reagente para anticorpos no TR Ac e no TR Ag/Ac (T1), independente da presença de p24 no TR Ag/Ac, deve-se realizar um segundo teste rápido de anticorpos de fabricante diferente do primeiro teste. Se o resultado do segundo teste rápido for também reagente, a amostra é considerada reagente para HIV, nesse caso deverá ser coletada uma amostra venosa para realização de teste de quantificação da carga viral do HIV e contagem de linfócitos T-CD4+. Após a coleta dos exames, a terapia antirretroviral deverá ser ofertada em até 7 dias após o diagnóstico. Devendo ser postergada apenas nos casos confirmados de meningite tuberculosa ou meningite criptocócica.

5.3. Em caso de resultados discordantes para anticorpos do TR Ac e do TR Ag/Ac, o fluxo deverá ser realizado considerando apenas o teste que apresentou resultado reagente. Dessa forma, em caso de resultado reagente para anticorpos no TR Ac **ou** no TR Ag/Ac (T1) deve-se realizar um segundo teste rápido de anticorpos de fabricante diferente do primeiro teste. Se o resultado do segundo teste rápido for também reagente, a amostra é considerada reagente para HIV e deve ser avaliado o início da terapia antirretroviral (TARV). Nesse caso, também deverá ser coletada uma amostra venosa para realização da quantificação de carga viral do HIV e contagem de linfócitos T-CD4+. Com a conclusão diagnóstica da infecção pelo HIV, o teste que obteve resultado discordante (neste caso, não reagente) deve ser reportado ao Serviço de Atendimento ao Consumidor do fornecedor do teste.

5.4. Em caso de resultado reagente apenas para o antígeno p24 no TR Ag/Ac com ausência de anticorpos, deve-se realizar na sequência um teste molecular (TM) para conclusão diagnóstica. Se o resultado do TM for ≥ 5000 cópias/ml a amostra é considerada reagente para o HIV e deve ser avaliado o início da terapia antirretroviral (TARV). Nesse caso, também deverá ser coletada, de forma imediata, uma amostra venosa para realização do teste de contagem de linfócitos T-CD4+. O resultado do TM utilizado no diagnóstico também servirá como parâmetro inicial para monitoramento da terapia antirretroviral. Ressalta-se a importância de alinhamento com o laboratório de referência para priorização destas amostras pois, nesse caso de presença de antígenos e ausência de anticorpos, é possível que se trate de uma infecção aguda.

5.5. Destaca-se que para os casos em que seja necessária a realização do exame de quantificação da carga viral do HIV para conclusão diagnóstica, a mesma deve ser realizada por meio do preenchimento do “Laudo Médico para Emissão de BPA-I – Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV” (disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao/siscel> ou <https://laudo.aids.gov.br/login>), o qual deverá ser encaminhada junto com a amostra coletada ao laboratório executor do exame. O formulário deverá ter o campo “JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO” sinalizado como campo **31.3 “Diagnóstico”** (em destaque a seguir):


JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO / SOLICITAÇÃO	
31. Motivo pelo qual o exame está sendo solicitado*	
31.1. Monitoramento de pessoas que não estão em tratamento antirretroviral	<input type="checkbox"/>
31.2. Monitoramento de pessoas que estão em tratamento antirretroviral	<input type="checkbox"/>
31.3. Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
31.4. Investigação de infecção viral aguda pelo HIV	<input type="checkbox"/>

6. CONCLUSÃO

6.1. O HIV é um agravo de notificação compulsória de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. A notificação deverá ser realizada de acordo com os critérios estabelecidos no Guia de Vigilância em Saúde vigente.

ANEXO 1

Apêndice 1: Guia de referência rápida sobre os procedimentos para a realização dos testes que detectam antígenos p24 e anticorpos (TR Ag/Ac) no contexto do projeto.



DETERMINE™ HIV EARLY DETECT

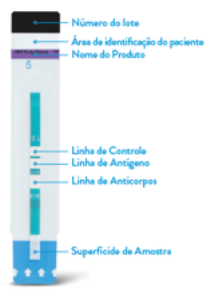
GUIA DE REFERÊNCIA RÁPIDA

ANTES DE COMEÇAR

- Leia a bula de instruções na íntegra antes de utilizar.
- Reúna os materiais que vai precisar.
- Proteja sua área de trabalho com uma cobertura limpa, absorvente e descartável.
- Calce as luvas descartáveis.
- Todos os componentes devem ser colocados à temperatura ambiente (entre 15–30 °C) antes do teste.

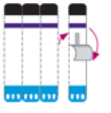
Para instruções mais detalhadas, consulte a bula.

INFORMAÇÕES DO PRODUTO




1 PREPARAR O TESTE

Destaque uma tira do lado direito e retire a proteção.



2 POSICIONAR O TESTE

Coloque uma tira numa superfície plana para realizar o teste.



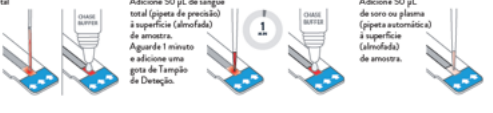
3 ADICIONAR A AMOSTRA

Sangue total por punção digital
Adicione 50 µL de sangue total à Alíquota Absorvente. Quando todo o sangue for transferido do tubo capilar para a superfície (alíquota) de amostra, adicione imediatamente uma gota de Tampão de Detecção à superfície (alíquota) de amostra.

Sangue total por punção venosa
Adicione 50 µL de sangue total (pipeta de precisão) à superfície (alíquota) de amostra. Aguarde 1 minuto e adicione uma gota de Tampão de Detecção.

Soro/Plasma
Adicione 50 µL de soro ou plasma (pipeta automática) à superfície (alíquota) de amostra.

Atenção: não levante o tubo capilar da Alíquota Absorvente antes do sangue ter sido completamente transferido.




4 RESULTADOS

Leia o resultado do teste no espaço de 20 a 40 minutos após a adição da amostra.

Não leia os resultados do teste após 40 minutos.

A linha de controle deverá aparecer em todos os resultados. Se não aparecer, os resultados são inválidos e os testes devem ser repetidos.



	REAGENTE	NÃO REAGENTE	INVÁLIDO
CONTROLE	+	+	+
ANTÍGENO	+	-	+
ANTICORPOS	+	+	+

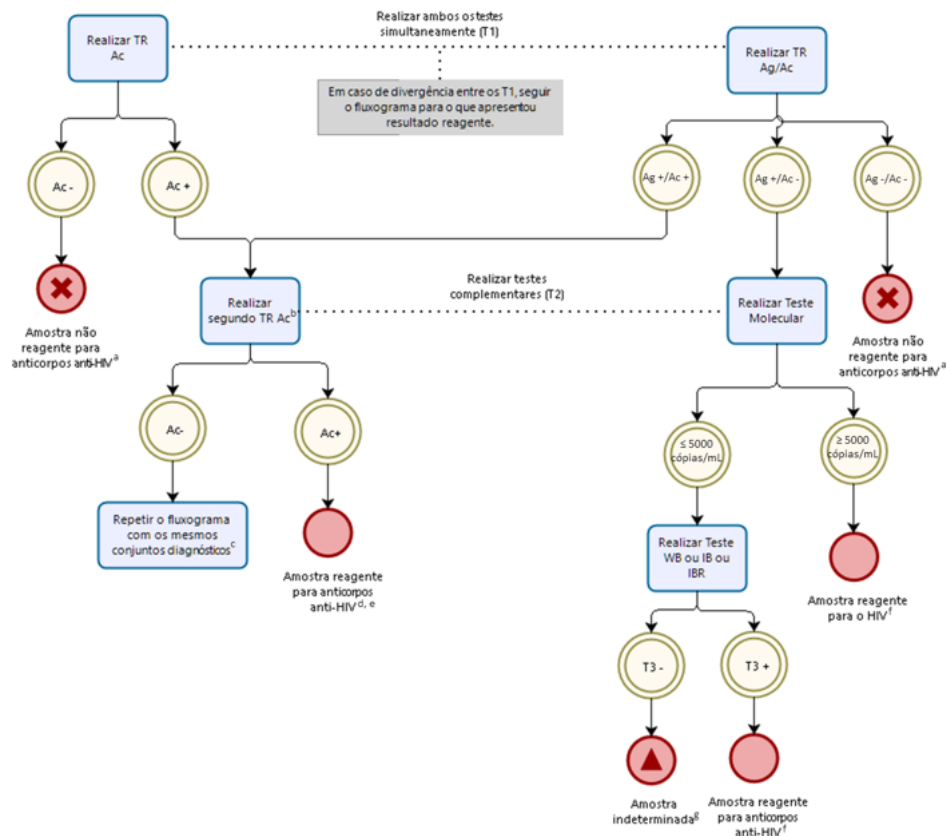
PARA MAIS INFORMAÇÕES VISITE [GLOBALPOINTOF CARE.ABBOTT](https://globalpointofcare.abbott)

© 2021 Abbott. Todos os direitos reservados. Todas as marcas comerciais referidas são marcas comerciais do grupo de empresas Abbott ou dos seus respectivos proprietários. Todas as fotos apresentadas são apenas para fins ilustrativos. COL-05192-01 06/21

Fonte: Elaborado pela empresa Abbott.

ANEXO 2

Apêndice 2: Estratégia de testagem utilizando os testes rápidos de quarta geração.



- Se persistir a suspeita de infecção, um deverá ser coletada 30 dias após a amostra. Em caso de divergência entrar fluxograma para o que apresentou resultado reagente.
- Realizar segundo teste (T2) que detecta anti-HIV, conforme previsto no Fluxograma Técnico para Diagnóstico de HIV em Adultos e Crianças do MS.
- No caso de segunda discordância entre testes rápidos anti-HIV (T1 e T2), deve-se coletar amostra por punção venosa e encaminhar para um dos laboratórios do Manual Técnico para Diagnóstico de HIV em Adultos e Crianças do MS.
- Coletar amostra para realizar o teste de Carga Viral e contagem de linfócitos T-CD4+.
- Amostras com resultados reagentes terão seu diagnóstico de infecção por HIV após seguidas as instruções descritas no Fluxograma Técnico para Diagnóstico de HIV em Adultos e Crianças do MS.
- Coletar amostra para realizar o teste de linfócitos T-CD4+.
- Se persistir a suspeita de infecção, um deverá ser coletada 30 dias após a amostra.

Referências

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Manual técnico para Diagnóstico pelo HIV em Adultos e Crianças do Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>.

FIEBIG, E. W. *et al.* (2003). Dynamics of HIV viremia and antibody seroconversion in plasma donors: implications for diagnosis and staging of primary HIV infection. AIDS, 17(13):1871-9. doi: 10.1097/00002030-200309050-00005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12960819>.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Meireles Dantas de Alencar**, Coordenador(a)-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais substituto(a), em 10/07/2023, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

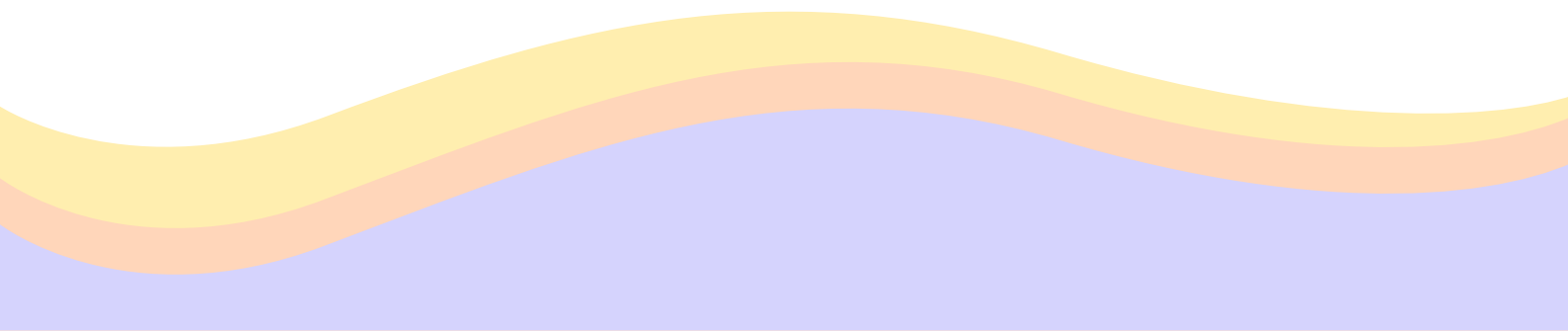


Documento assinado eletronicamente por **Draurio Barreira Cravo Neto**, Diretor(a) do Depart. de HIV/AIDS, Tuberc., Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em 12/07/2023, às 18:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0034643832** e o código CRC **D8CB5B82**.

ANEXO 7



ANEXO 7: Ficha registro projeto-piloto TR 4º geração HIV

FICHA PROJETO PILOTO TR ANTÍGENO/ANTICORPO (4º GERAÇÃO) PARA HIV

PERFIL ATENDIMENTO

Nº do atendimento/identificação do REDCap: _____

Nº prontuário de atendimento/ ficha de atendimento: _____

1. Data de nascimento: _____

2. Raça/cor (autodeclarada):	<input type="checkbox"/> Amarela
	<input type="checkbox"/> Branca
	<input type="checkbox"/> Indígena
	<input type="checkbox"/> Parda
	<input type="checkbox"/> Preta

3. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Analfabeto
	<input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)
	<input type="checkbox"/> 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
	<input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)
	<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
	<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
	<input type="checkbox"/> Educação superior incompleta
	<input type="checkbox"/> Educação superior completa
	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Não Informado	

4. Identidade de gênero:	<input type="checkbox"/> Mulher Cis
	<input type="checkbox"/> Mulher transexual
	<input type="checkbox"/> Travesti
	<input type="checkbox"/> Homem Cis
	<input type="checkbox"/> Homem transexual
	<input type="checkbox"/> Não binário
	<input type="checkbox"/> Outra

5. Sexo atribuído ao nascimento:	<input type="checkbox"/> Feminino
	<input type="checkbox"/> Masculino
	<input type="checkbox"/> Intersexo

6. Orientação Sexual:	<input type="checkbox"/> Heterossexual
	<input type="checkbox"/> Homossexual/Gay/Lésbica
	<input type="checkbox"/> Bissexual
	<input type="checkbox"/> Assexual
	<input type="checkbox"/> Pansexual
	<input type="checkbox"/> Outros (escrever): _____
	<input type="checkbox"/> Não sabe ou prefere não declarar

7. Pertence a uma destas populações?	<input type="checkbox"/> Pessoas que usam álcool e outras drogas
	<input type="checkbox"/> Trabalhadores do sexo
	<input type="checkbox"/> Em situação de rua
	<input type="checkbox"/> Privados de liberdade
	<input type="checkbox"/> Indígenas aldeados
	<input type="checkbox"/> População do campo e floresta
	<input type="checkbox"/> Trabalho rural
	<input type="checkbox"/> Não pertence a nenhuma das populações listadas

8. Bairro de residência: _____

9. Profissão: _____

10. Está gestante?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

	() Não se aplica
--	-------------------

11. Nos últimos 6 meses, quantas parcerias sexuais você teve?	
---	--

12. Motivo da testagem (somente UMA alternativa):

() Busca espontânea de testagem após exposição de risco (HIV, HBV, HCV, sífilis e/ou outras IST);

12.1 Se sim para exposição de risco, assinalar a categoria:

- () relação sexual desprotegida
- () violência sexual
- () compartilhamento de seringa e/ou agulha
- () acidente perfurocortante
- () relação sexual com rompimento de preservativo

12.2 Quando ocorreu a exposição de risco?

- () nas últimas 72 h
- () maior que 72h até 15 dias
- () maior que 15 dias até 30 dias
- () 2 meses
- () 3 meses ou mais

() Testagem a partir de um caso índice: estimulada pelo caso índice ou serviço/profissional de saúde

() Testagem a partir de um caso índice: após autoteste de HIV reagente

() Busca espontânea de testagem após exposição de risco (parceria sabidamente HIV+)

() Testagem após autoteste de HIV

() Testagem de parceria de pessoas em PrEP

() Início de PrEP

() Seguimento de PrEP

() Início de PEP

() Seguimento de PEP

RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS INICIAIS:

13. Teste rápido de anticorpos (já utilizado na rotina do serviço): () Reagente

() Não reagente

13.1 No caso de teste inicial reagente **apenas para anticorpos (QUESTÃO 13)**, qual o **RESULTADO DO SEGUNDO TESTE RÁPIDO** para anticorpos (TR2): () reagente

() não reagente

14. Teste rápido de antígeno e anticorpo (avaliado no piloto): () **Não reagente** Antígeno e **Não Reagente** Anticorpo

() **Reagente** Antígeno e **Reagente** Anticorpo

() Não reagente Antígeno e **Reagente** Anticorpo

() **Reagente** Antígeno e Não reagente Anticorpo

14.1 No caso do **teste rápido de antígeno/anticorpos reagente APENAS para antígeno**, qual conduta adotada?

() **Coleta de sangue** por punção venosa e **realização** de teste molecular (carga viral do HIV) rápido (GeneXpert)

() **Coleta de sangue** por punção venosa e **encaminhada** a amostra para teste molecular (carga viral de HIV) em laboratório de referência local

() **Encaminhamento do usuário para coleta de amostra e realização do teste molecular** (carga viral de HIV) em laboratório de referência local

RESULTADOS DOS TESTES COMPLEMENTARES:

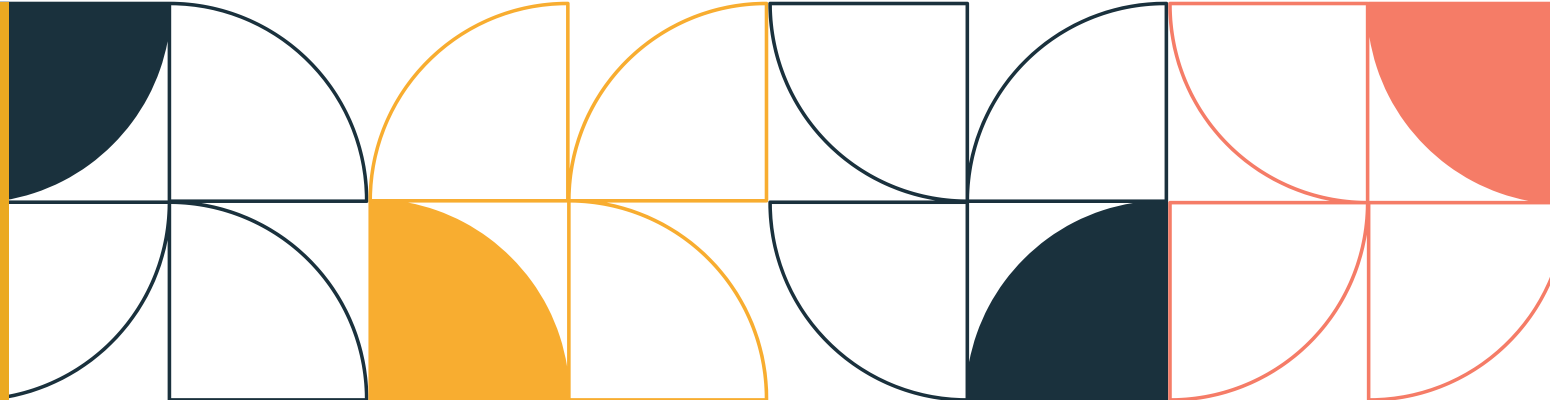
15. Carga viral:	() Não foi necessária a solicitação de carga viral para conclusão diagnóstica () Detectável ≥ 5.000 cópias/mL () Não detectável ou < 5.000 cópias/mL
------------------	--

16. WesternBlot/Imunoblot/Imunoblot rápido:	() Não foi necessária a solicitação deste exame para conclusão diagnóstica () Reagente () Não reagente
---	---

CONCLUSÃO DO ALGORITMO DIAGNÓSTICO:

17. Conclusão:

() Amostra reagente para HIV	<p>A amostra reagente para HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TR Ac (T1) e TR Ac (T2) - reagente OU • TR Ac (T1) e TRAg/Ac (T1) e TR Ac (T2) reagente OU • TR Ag/Ac (T1) e TR Ac (T2) reagente <p>OBS: Nos casos de resultados discordantes entre o TR Ac (T1) e TR Ag/Ac (T1), deverá ser feito o TR2. Se TR Ac (T2) reagente, será definida como "Amostra reagente para HIV".</p>
() Amostra não reagente para HIV	<p>A amostra com resultado não reagente no TR Ac E TR Ag/Ac será definida como "Amostra não reagente para HIV".</p>
() Amostra indeterminada	<p>A amostra com resultado indeterminado será apenas nos casos com resultado TR Ag+/Ac- (Ag positivo/ Ac negativo) E Carga viral/Teste Molecular ≤ 5000 cópias/mL E Teste WB ou IB ou IBR (T3) Não reagente → Amostra indeterminada</p>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

