



**Gerência Regional de Brasília - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz**  
**Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde / NEVS**

## **Relatório de Projeto de Implementação Nova Carteira de Serviços nos CTA**

**Núcleo de Epidemiologia e Vigilância em Saúde  
Fiocruz – Brasília**

**2024**

**Brasília - DF**

**PROJETO GEREB 007 - FIO 20**

**FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES CRÔNICAS E  
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO À SAÚDE**

## Sumário

1.	Introdução .....	3
2.	Metodologia Processos de Trabalho – Projeto Fiocruz .....	10
2.1	Apresentação do projeto aos CTA.....	10
2.2	Discussão com os CTA .....	11
2.3	Visita presencial aos CTA .....	12
2.4	Ações realizadas .....	14
3.	Monitoramento Projeto:.....	16
3.1	Perfil dos CTA.....	16
3.2	Monitoramento Planos de Trabalho .....	21
3.3	Situação dos CTA antes e depois do projeto.....	25
4.	Visão dos CTA – Grau de implantação da carteira de serviços .....	30
5.	Ações de diagnóstico e outras fragilidades identificadas:.....	38
5.1	Diagnóstico .....	38
5.2	Outras Fragilidades destacadas .....	40
6.	Recomendações .....	42
7.	Conclusões .....	46

## **PROJETO GEREB 007 - FIO 20**

# **FORTELECIMENTO DA VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES CRÔNICAS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO À SAÚDE**

## **Relatório Implementação Nova Carteira de Serviços nos CTA**

### **1. Introdução**

Esse relatório tem o objetivo de apresentar recomendações acerca da implantação de uma nova proposta de Carteira de Serviços que deverá ser utilizada nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) distribuídos no território brasileiro. As recomendações foram feitas a partir do conjunto de atividades realizadas pela equipe do Núcleo de Vigilância em Saúde (NEVS) da Fiocruz/Brasília em apoio a seis Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), definidos pela equipe técnica do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis da SVS/MS (anteriormente denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI).

As atividades ocorreram no âmbito do projeto intitulado “Fortalecimento da vigilância das infecções crônicas e sexualmente transmissíveis na atenção à saúde”, elaborado para execução do Contrato 07/2020, financiado pela Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde por meio do Termo de Execução Descentralizado (TED nº 49/2020). O objeto do TED nº 49/2020 é estabelecer mecanismos para integração das ações de vigilância e cuidado, no âmbito das redes de atenção, com vistas a ampliar a resposta às Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) em cooperação com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Importante destacar que, ao longo do projeto ocorreram mudanças no organograma do Ministério da Saúde, nesse sentido a SVS passou a ser chamada de Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) e o DCCI passou a ser chamado de Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI).

Durante o processo de discussão, ocorreram reuniões com a equipe do DATHI/SVSA/MS e NEVS/Fiocruz com a finalidade de elaborar um cronograma de planejamento das atividades propostas para alcançar as metas previstas, visando o orçamento a ser repassado durante os 4 anos de execução do projeto. As metas definidas para realização do projeto foram:

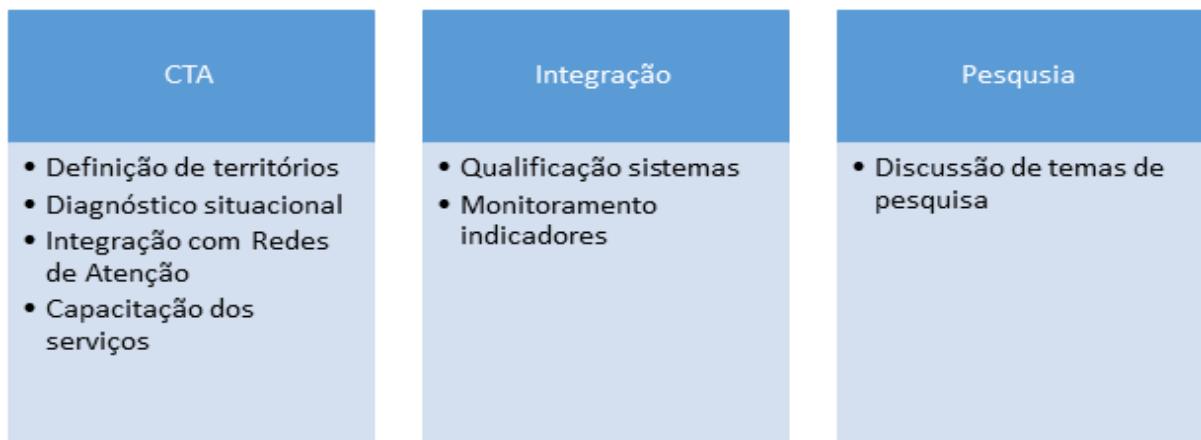
- Meta 1: Desenvolver mecanismos de gestão e governança para integração da vigilância nas redes de atenção voltadas à vigilância, prevenção e controle das

Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, com a participação da sociedade e da comunidade especializada

- Meta 2: Apoiar o desenvolvimento de modelos integradores de vigilância e atenção em saúde às Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis nas redes de atenção à saúde
- Meta 3: Desenvolver e apoiar a implantação de ferramentas para detecção, monitoramento e análise do comportamento das doenças transmissíveis de condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nas redes de atenção à saúde
- Meta 4: Desenvolver e apoiar pesquisas e tecnologias inovadoras junto às populações de difícil acesso ou populações-chave e outros temas relativos às doenças transmissíveis de condições crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Após definição das metas do projeto, atores-chaves definiram mecanismos de gestão e governança na integração da vigilância nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com o Decreto nº 9.795/2019 da Secretaria de Vigilância em Saúde. Nesse momento, ficou definido o olhar para ampliação do diagnóstico na rede de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e na implantação da Carteira de Serviços que passam a ser os objetivos principais do projeto. Nesse sentido, a equipe de condução adequou as metas em 3 eixos que passaram a ser trabalhados durante o planejamento (Figura 1).

**Figura 1: Divisão de eixos do projeto**



Fonte: Elaboração própria

Para discussão sobre a reestruturação dos CTA, foram identificados serviços que preenchiam os seguintes critérios: a) estrutura física dos CTA (existência de consultórios para atendimentos multiprofissionais, sala para realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites, realização de testes moleculares pelo equipamento *geneXpert point of care*, realizar exame de carga viral, prescrever PrEP e PEP, atendimento de UDM, entre outros aspectos) e

b) critérios relacionados à localização do serviço, deve estar situado em área de fácil acesso à população. Após essa etapa, foram elencados os seguintes CTA dos Estados/Municípios:

- Amazonas/Manaus;
- Pará/Santarém;
- Ceará/ Sobral;
- Espírito Santo/ Vitória;
- Distrito Federal/ Brasília;
- Paraná/ Ponta Grossa;
- Bahia/ Feira de Santana;
- Rio Grande do Sul/ Uruguaiana.

Durante a discussão inicial com os serviços, os CTA dos estados de Amazonas e do Distrito Federal decidiram, por questões internas à cada Secretaria Estadual/Distrital, não dar continuidade ao projeto.

Além dos CTA envolvidos nesse projeto, outros 14 serviços participaram de projeto semelhante, coordenado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, que tiveram a participação da equipe da Fiocruz em diversas discussões. Nesse sentido, constará do documento, em diversos momentos, alguns resultados que demonstram a situação de todos os 20 CTA que trabalharam na implantação de uma nova carteira de serviço.

A discussão da equipe do Ministério da Saúde (MS) gerou duas listas, a primeira, chamada de mínima, com ações que devem ser realizadas pelos serviços no momento da implementação da estratégia, e outra, chamada de ampliada, com ações que vão além das atividades propostas como mínimas pelo departamento e que acrescenta outras atividades definidas pelo MS para nova carteira de serviço. A lista para cada agravo ficou assim definida (Quadro 1):

**Quadro 1 – Distribuição das atividades constantes na carteira de serviços (mínima e ampliada) para cada doença/agravo**

	<b>• Carteira Mínima de Serviços</b>	<b>• Carteira Ampliada de Serviços</b>
<b>HIV</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar rastreamento e diagnóstico de HIV</li><li>• Utilizar estratégias de testagem focalizada, conforme o “Guia Rápido de Testagem Focalizada para o HIV”</li><li>• Realizar solicitação e coleta de CD4+ e carga viral</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciar Terapia Anti Retroviral (TARV)</li><li>• Realizar dispensa de ARV</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofertar PEP e PrEP</li> <li>• Solicitar primeiros exames de avaliação inicial após diagnóstico de HIV</li> <li>• Realizar estratificação de risco</li> <li>• Vincular o paciente ao serviço que realizará o seguimento clínico de acordo com estratificação de risco (APS ou SAE)</li> </ul>	
IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação clínica para diagnóstico de IST</li> <li>• Realizar busca ativa, testagem e tratamento de parceiras sexuais</li> <li>• Realizar o tratamento de IST conforme PCDT-IST</li> <li>• Realizar imunização para HPV, sempre que indicado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar coleta de amostras para rastreio e detecção de gonococo e clamídia para os casos previstos no PCDT-IST, principalmente pessoas em PREP, PEP, PVHIV e gestantes com 30 anos ou menos.</li> <li>• Realizar testes diagnósticos no CTA para investigação etiológica (ex: teste de aminas, pH, microscopia e/ou biologia molecular rápida) para investigação de IST, quando disponível.</li> <li>• Realizar coleta de amostras biológicas para envio ao laboratório para investigação de IST, conforme sintomas (ex: biologia molecular para corrimento uretral e cervicite)</li> <li>• Realizar vigilância da susceptibilidade do gonococo aos antimicrobianos quando serviço pertencente à rede de vigilância sentinel da corrimento uretral masculino</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzir informações de IST inclusive das de notificação não compulsórias, para avaliação e planejamento das ações de enfrentamento e controle das IST em nível local/regional</li> <li>• Realizar acompanhamento de rastreamento de câncer de colo de útero, direcionado às populações vulneráveis, com vinculação ao serviço que coletará exame preventivo do câncer de colo de útero ou realizar coleta em CTA, prevendo ações estratégicas para PVHIV (ex: auto coleta de amostra para teste de HPV).</li> </ul>
<b>Sífilis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar rastreamento e diagnóstico de sífilis</li> <li>• Solicitar e coletar amostra biológica para realização de testes laboratoriais não treponêmicos para sífilis (ex: VDRL, RPR)</li> <li>• Realizar tratamento dos casos de sífilis diagnosticados</li> <li>• Realizar monitoramento ou vincular a pessoa com sífilis ao serviço que realizará monitoramento da sífilis após tratamento completo</li> <li>• Realizar o tratamento completo da gestante com sífilis e vincular ao serviço que realizará o seguimento clínico em conjunto com o pré-natal (APS ou SAE)</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vincular casos suspeitos de sífilis terciária ou neurosífilis ao SAE para realizar investigação e seguimento clínico</li> <li>• Realizar busca ativa, testagem e tratamento de parcerias sexuais</li> </ul>	
<b>Hepatites Virais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofertar teste rápido HbsAg e anti-HCV para rastreamento e diagnóstico das hepatites B e C, respectivamente</li> <li>• Solicitar e coletar carga viral e demais exames complementares ao diagnóstico</li> <li>• Vincular o usuário ao serviço de saúde que irá tratá-lo e acompanhá-lo de acordo com a organização da rede local dando preferência à APS</li> <li>• Realizar imunização para hepatite A e B, sempre que indicado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar articulação com vigilância e atenção primária saúde para investigação e imunização dos contatos</li> <li>• Atuar, de maneira articulada, com ponto de referência em situações de surtos de hepatites virais</li> <li>• Realizar a prescrição inicial de tratamento para HCV</li> <li>• Avaliar a indicação de tratamento para hepatite B + encaminhamento e vinculação ao serviço para seguimento</li> <li>• Fornecer medicamentos para início de tratamento de hepatites B, C e Delta</li> </ul>
<b>Tuberculose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar pessoas sintomáticas respiratórias</li> <li>• Realizar rastreamento de TB entre PVHIV</li> <li>• Solicitar exames bacteriológicos (TRM, baciloscopia ou cultura) para TB (para realizar no laboratório de referência do CTA)</li> <li>• Vincular o paciente com diagnóstico de TB ao serviço da APS que realizará o seguimento clínico</li> <li>• Realizar vinculação de pessoas com coinfecção TB-HIV ao serviço de referência (SAE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar o fluxo de pessoas sintomáticas respiratórias no serviço segundo as normas de biossegurança</li> <li>• Realizar diagnóstico de TB (TRM-TB, baciloscopia, cultura)</li> <li>• Orientar sobre a coleta adequada de escarro, segundo as normas de biossegurança para coleta de escarro</li> <li>• Realizar TRM-TB (quando disponível) para PVHIV com um dos quatro sintomas positivos (tosse ou febre ou emagrecimento ou sudorese noturna)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre a necessidade de avaliação dos contatos na atenção primária à saúde</li> <li>• Vincular o paciente com diagnóstico de TB ao serviço da APS que realizará o seguimento clínico.</li> <li>• Realizar vinculação de pessoas com coinfecção TB-HIV ao serviço de referência (SAE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar coleta de escarro e processamento/encaminhamento da amostra para laboratório de referência (quando exame não estiver disponível no CTA)</li> <li>• Notificar, iniciar tratamento TB e vincular o paciente ao serviço (APS) ou SAE (se PVHIV) que realizará o seguimento clínico</li> <li>• Dispensar medicamentos para início do tratamento da TB sensível</li> </ul>
--	--	---

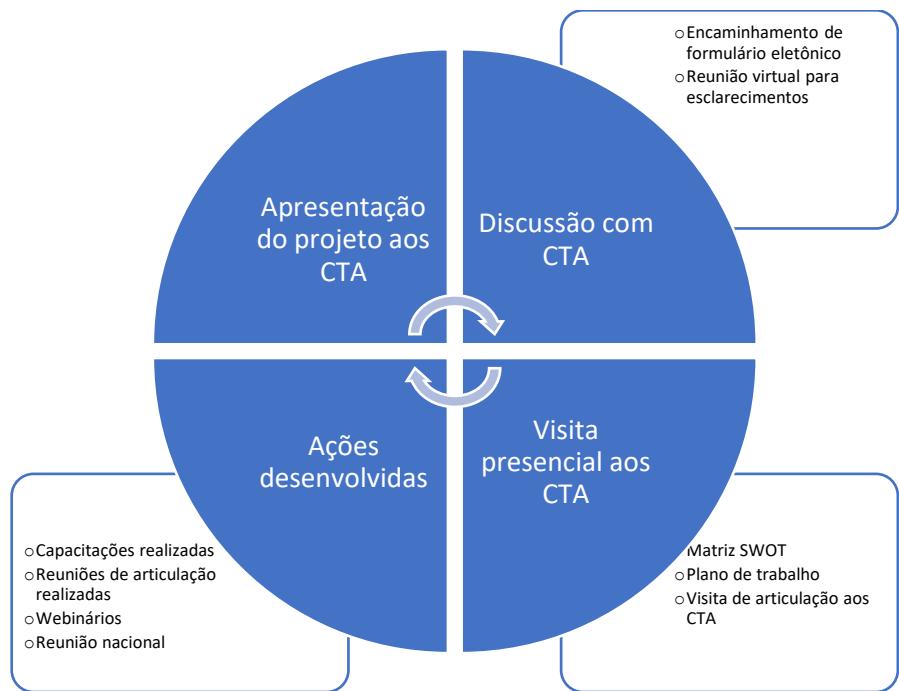
Fonte: Elaboração própria.

A lista foi discutida e implementada em todos os serviços definidos para receber essa fase de implantação inicial. Com isso, esse documento tem por objetivo recomendar, a partir das necessidades/dificuldades enfrentadas, ações para implantação da proposta de uma Carteira de serviços nos CTA do país.

## 2. Metodologia Processos de Trabalho – Projeto Fiocruz

Durante a execução do projeto, foram desenvolvidas diversas atividades para acompanhamento das ações de implantação da carteira de serviços nos CTA do projeto Fiocruz (Figura 2).

**Figura 2 - Atividades Desenvolvidas durante o projeto**

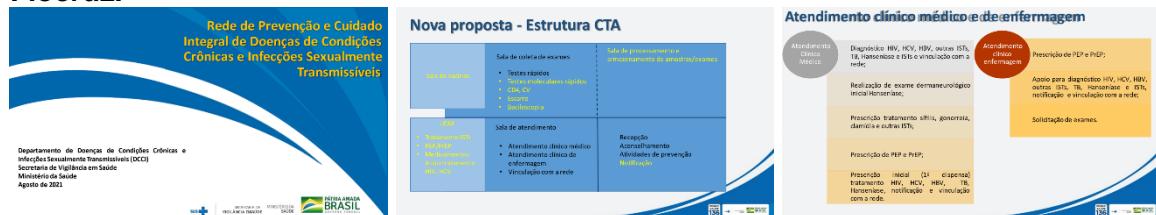


Fonte: Elaboração própria.

### 2.1 Apresentação do projeto aos CTA

A primeira fase do projeto teve por objetivo a apresentação da proposta de ampliação da carteira de serviços dos CTA. Para esse momento, foi realizada reunião virtual entre DATHI, Fiocruz e os representantes dos estados e CTA escolhidos com a finalidade de detalhar a proposta de uma nova carteira de serviços com diversas ações que ainda não estavam no escopo de atividades dos CTA (Figura 3).

**Figura 3: Apresentação do DATHI na reunião com os representantes dos estados e Fiocruz.**



Fonte: Apresentação do DATHI do dia 09 de agosto de 2021

## 2.2 Discussão com os CTA

Após essa fase inicial, a equipe da Fiocruz/Brasília junto com o DATHI, desenvolveram um questionário para realizarem um levantamento de competência, saberes e práticas dos oito CTA. O questionário foi enviado aos CTA para que fosse respondido pelos gerentes ou equipe de cada Centro.

O questionário foi estruturado em 8 eixos: 1. Eixo identificação do CTA; 2. Eixo estrutura física; 3. Eixo formação e composição das equipes; 4. Eixo articulação/partnerias; 5. Eixo atividades internas e externas; 6. Eixo sistema de informação; 7. Eixo fluxo laboratorial e 8. Eixo percepção, avaliação e relato livre (Figura 4).

Após as respostas, uma análise foi realizada e a partir daí foram elaboradas estratégias para as definições específicas do plano de trabalho para a transformação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Centros de Diagnóstico e Tratamento Ampliado para fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

**Figura 4: Instrumento elaborado - “levantamento das competências, saberes e práticas do CTA” eixo 1, 2 e 3.**

Levantamento das competências, saberes e práticas do CTA

**EIXO ESTRUTURA FÍSICA**

6. O CTA possui número de consultórios adequado para realização de atendimentos multiprofissionais?

Sim  
 Não

7. O CTA possui computadores nos consultórios?

Sim  
 Não

8. O CTA utiliza o PEC (Ponto Eletrônico)?

Sim  
 Não

9. O CTA possui sala para triagem e acolhimento?

Sim  
 Não

10. O CTA possui sala para realização de testes rápidos?

Sim  
 Não

11. O CTA possui sala de vacinação?

Sim

**EIXO FORMAÇÃO E COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES**

12. Em relação à composição das equipes do CTA, indique a quantidade de profissionais segundo as categorias indicadas abaixo:

14. Médico (a)

15. Enfermeiro (a)

16. Psicólogo (a)

17. Assistente Social

18. Terapeuta Ocupacional

19. Farmacêutico (a)

Fonte: elaboração própria

Em seguida, foram elaborados 8 roteiros de reuniões virtuais com o objetivo de tirar dúvidas específicas referentes ao instrumento, além de um momento para escutar as expectativas e dificuldades dos CTA. Das 8 reuniões previstas, foram realizadas 7 com a presença do DATHI, Fiocruz, gestores dos CTA e das coordenações estaduais e municipais e sociedade civil de cada local. O município de Manaus não participou porque não permaneceu com ações no projeto. Embora o Distrito Federal tenha participado da reunião virtual,

posteriormente, optou por não dar continuidade as ações de implantação na nova carteira de serviços. Após esse primeiro contato virtual com os CTA, foram elaborados roteiros para visitas presenciais.

Foram realizadas reuniões virtuais com 7 dos 08 CTA indicados com a presença do DATHI, Fiocruz, gestores dos CTA e das coordenações estaduais e municipais e sociedade civil de cada local. Sendo que, o município de Manaus não participou porque não permaneceu com ações no projeto. Embora tenha participado da reunião virtual, o Distrito Federal optou por não dar continuidade as ações de implantação na nova carteira de serviços.

A partir de reuniões virtuais, em que foram tiradas dúvidas específicas referentes ao instrumento e de um momento para a escuta das expectativas e dificuldades dos CTA, foram elaborados roteiros de visitas presenciais.

### **2.3 Visita presencial aos CTA**

A partir de avaliação feita nos questionários, foram identificadas áreas estratégicas do Departamento para participarem das visitas. Os serviços foram contactados com a proposta de data e foram combinadas as questões de logística para realização da visita/oficina com duração de dois dias, além dos demais convidados, parceiros dos agravos, atenção básica e Laboratórios Central e locais-regionais.

A matriz SWOT (traduzida para o português por Fortaleza, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) foi a ferramenta utilizada para levantamento de fatores internos e externos que pudessem agir no momento de implantação da nova carteira de serviços. A matriz foi enviada previamente a oficina para que a equipe do CTA preenchesse e foi revisitada durante a oficina, junto com os parceiros, garantido que todo o grupo da oficina tivesse conhecimento e pudesse contribuir na elaboração das atividades do Plano de Trabalho.

A Matriz SWOT foi dividida em 5 eixos: Eixo 1 - estrutura do CTA; Eixo 2 – Ações de prevenção; Eixo 3 – Ações de diagnóstico; Eixo 4 - Rede de atenção e rede de apoio e Eixo 5 - Sistema de registro. Em cada eixo, os participantes identificaram as fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças relacionadas ao tema. As forças e fraquezas dizem respeito aos fatores internos que precisam ser observados no processo de planejamento, já as oportunidades e ameaças são aqueles fatores externos que favorecem ou não o alcance de atividades.

Após finalização da matriz SWOT, iniciou-se a construção de um plano de ação elaborado a partir do resultado da discussão constante de cada um dos eixos da matriz SWOT. Nesse momento a participação da equipe foi fundamental na identificação de atividades/ações

que precisariam ser realizadas e pactuadas politicamente para que fosse viável a reestruturação do CTA, de acordo com a realidade de cada local.

Tais planos incluíram ações tanto de fortalecimento interno do CTA, seja de capacitação, seja de recursos humanos, quanto ampliação e fortalecimento de ações “externas”, além de uma articulação maior com as áreas de Tuberculose e da Atenção Básica, bem como comunicação com o Laboratório Central (Lacen), uma vez que nas visitas foi detectado que vários fluxos poderiam ser melhorados com diálogo mais próximo, resultando em uma melhor articulação entre vigilância e atenção à saúde. Ainda durante as visitas presenciais, houve a oportunidade de um início de diálogo entre o representante do LACEN e equipe do CTA, com esclarecimentos necessários relativos à atuação do laboratório, o que possibilitou intervenções imediatas com desdobramentos positivos para ambas as partes.

A atividade não foi finalizada no local e foi estabelecido um prazo para que os serviços finalizassem as atividades, informando às dificuldades identificadas, pensando em prazos, parceiros e responsáveis.

Após recebimento dos planos, a equipe da Fiocruz elaborou resumos executivos destacando os principais pontos levantados durante a visita e algumas questões que necessitavam de articulação política. Essa ação serviu de subsídio ao Ministério da Saúde em futuras reuniões com a gestão local para estabelecer apoios e responsabilidades entre as partes. Foram realizadas visitas às Secretarias Municipais de Saúde de todos os locais, nas quais as equipes do Ministério da Saúde e da Fiocruz/Brasília foram recebidas pelo secretário(a) de saúde do município com a participação da equipe do CTA e outros convidados. Durante a reunião foram discutidos os pontos existentes no resumo executivo, bem como salientado o apoio de todos no processo de implantação da nova carteira de serviços nos CTA.

Em Vitória/ES, a reunião ocorreu na Secretaria Municipal de Saúde e foi reforçada a necessidade de apoio do MS na aquisição de alguns equipamentos para fortalecer a equipe do CTA. Além disso, a secretaria municipal garantiu a contratação dos recursos humanos necessários para ampliação dos serviços.

Em Uruguaiana/RS, a reunião contou com a presença do secretário municipal de saúde e do prefeito do município, reforçando a importância da visita e o seu objetivo de buscar o apoio necessário para ampliação dos serviços. A equipe do município reforçou a necessidade de aquisição de alguns equipamentos, dentre eles uma máquina de GeneXpert, para ampliar o serviço de diagnóstico de tuberculose no CTA. Além disso, mostrou a necessidade de adequação dos computadores para melhor atendimento aos usuários que procuram o serviço.

No município de Feira de Santana/BA, foi identificada a necessidade de adequação de alguns equipamentos para dar sequência ao projeto, dentre eles computadores, mobiliário e televisores. Durante a discussão, foi destacada a importância de incluir os atendimentos de HTLV na carteira de serviços, sendo que para tal, são necessárias algumas articulações para organização do ambulatório como, por exemplo, a contratação de profissionais infectologistas e equipe de enfermagem.

Em Sobral/CE, o CTA está inserido dentro da estrutura do Centro de Referência de Infectologia, nesse sentido, o reforço das ações do CTA se reflete em todo o atendimento da unidade. Foi destacada a necessidade de atualização de alguns equipamentos para atendimento ao público, dentre eles macas, cadeira odontológica, bisturis.

No município de Santarém/PA, foi apresentada pela gestão a necessidade de reforma dos espaços do CTA, atualmente insuficientes para ampliar a carteira de serviços. Além disso, a ampliação exigirá a aquisição de diversos equipamentos, mobiliários, dentre outros para garantir o melhor serviço aos usuários.

Na visita de Ponta Grossa/PR teve a presença da Prefeita do município, que reafirmou compromissos de todo apoio ao serviço, inclusive de alocar recursos humanos, bem como, compromisso já realizado de mudança da sede do serviço de forma a dar condições para ampliação das ações.

## **2.4 Ações realizadas**

Com as atividades constantes do plano de trabalho iniciadas nos CTA, coube a Fiocruz identificar as necessidades de apoio nos processos de capacitação e outras ações no âmbito de apoio técnico necessários a implantação da nova carteira de serviços.

Nesse sentido, foi realizado um levantamento de cursos *online* e divulgado junto aos serviços. Também foram planejadas e realizadas capacitações presenciais demandadas pelos CTA, em Feira de Santana/BA para manejo e organização do fluxo para as Hepatites Virais e em todos os 6 CTA sobre Tuberculose.

Ainda com a preocupação de fornecer subsídios para os serviços, foram realizados webinários com diversos temas, a saber: Prevenção das IST e hepatites virais + Prevenção combinada HIV, Diagnóstico Prevenção – estigma e discriminação (todos os agravos), Sífilis + IST, Hanseníase, Transmissão vertical, HIV, Tuberculose, Hepatites + Sistema de Informação e Fluxos para o diagnóstico para da infecção pelo HIV, Hepatites Virais B e C, IST e Tuberculose.

Além dos processos de capacitação, a necessidade de apoio na discussão de fluxos motivou visita específica ao município de Santarém/PA. O ajuste nos fluxos para os diagnósticos laboratoriais entre o CTA Santarém e o LACEN PA foi discutido com a presença de todos os envolvidos. A visita teve os seguintes objetivos: promover a definição de um fluxo laboratorial entre o CTA de Santarém e o LACEN PA, que viabilize a implementação dos novos diagnósticos, considerando a capacidade instalada deles; e, visitar as unidades locais que atualmente realizam análises diagnósticas com vistas na operacionalização do projeto.

Uma segunda rodada de webinários foi realizada para discussão de fluxos para o diagnóstico da infecção pelo HIV, Hepatites Virais B e C, IST e Tuberculose, com o objetivo de dialogar sobre os protocolos e fluxos para o diagnóstico dos agravos sob responsabilidade do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Outras IST (DATHI), bem como auxiliar nas ações de garantia da qualidade da testagem.

A troca de experiências entre os CTA envolvidos no projeto foi importante catalisador de ações para implementação da carteira de serviços em cada local. A identificação de estratégias capazes de superar dificuldades fez parte das discussões que ocorreram nos dois encontros presenciais ocorridos em Brasília, que contaram com a participação de representantes dos 6 CTA envolvidos no projeto. Os encontros, também, serviram para monitoramento das ações desenvolvidas e do planejamento de novas ações necessárias para implantação da carteira de serviços.

### **3. Monitoramento Projeto:**

Durante o período de realização das atividades, ações de monitoramento foram desenvolvidas como forma de acompanhamento dos processos de trabalho realizados nos CTA. Dentre as ações de acompanhamento destacam-se o perfil dos CTA, monitoramento dos planos de trabalho e o antes e depois das ações desenvolvidas.

#### **3.1 Perfil dos CTA**

Durante o projeto, foi realizada pela equipe do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) uma pesquisa com diversos CTA do país com o objetivo de conhecer a situação de todos esses serviços. Para essa pesquisa foi desenvolvido um instrumento de coleta e encaminhado para preenchimento online, que foi respondido por 535 serviços. É importante destacar que todos os 20 CTA envolvidos no projeto (6 acompanhados pela Fiocruz e 14 pelo HIAE) participaram desse processo.

Dos CTA que participaram da pesquisa, 94% pertencem a gestão municipal, 98% têm atendimento primariamente no período da manhã, 96% estão em áreas de fácil acesso da população, 98% funcionam por procura espontânea/porta aberta e 89% estão ligados a um estabelecimento de saúde, na maioria SAE. Esses valores permanecem semelhantes quando a extração é feita exclusivamente nos CTA envolvidos no projeto, alcançando respectivamente 95%, 100%, 100%, 100% e 85%.

Em relação à estrutura, os serviços apresentam uma variação em diversos itens, evidenciando as várias estruturas de saúde disponíveis no país (Quadro 2).

**Quadro 2 – Distribuição proporcional da estrutura dos CTA do país**

Estrutura	Fiocruz (n= 6)	Einstein (n= 14)	Outros (n=515)
Possui sala de reunião e/ou espaço para aconselhamento coletivo/ atividades de grupos?	83	64	51
Possui sala para armazenamento e aplicação de vacinas?	33	14	18
Possui farmácia/Unidade Dispensadora de Medicamentos - UDM?	67	71	53

Fonte: Elaboração própria.

A distribuição de profissionais dentro do CTA mostra a característica multiprofissional necessária a esse serviço. Os profissionais da enfermagem são os que estão presentes na maioria dos serviços (98%), acompanhado por farmacêutico (73%), psicólogos (72%), assistente social (63%) e médicos infectologista (61%), além de profissionais de nível médio com destaque aos auxiliares/técnicos de enfermagem (83%) e auxiliar administrativo (62%).

As atividades intersetoriais dos CTA trazem a necessidade de interação/integração com diversos parceiros. Nesse sentido, cabe destacar os serviços da assistência social (84%), rede de ensino (69%), conselho tutelar (61%) e estabelecimentos prisionais (58%) como os locais que mais aparecem integrados aos serviços. Em relação aos CTA do projeto, a situação é bastante semelhante com o tipo de local que aparecem com as maiores frequências, destacam-se: serviços de assistência social (95%), rede de ensino (80%), estabelecimentos prisionais (80%) e conselho tutelar (70%).

A articulação em rede se mostra como importante ferramenta de apoio nos CTA, a articulação entre os serviços amplia a possibilidade de êxito no acompanhamento/tratamento das pessoas. A atenção primária (97%), a rede de urgência e emergência (95%), a rede especializada em IST/HIV/Aids/Hepatites (94%) e a rede atenção psicossocial (89%) são as que aparecem com maior proporção de locais com integração, refletindo números semelhantes nos CTA envolvidos no projeto.

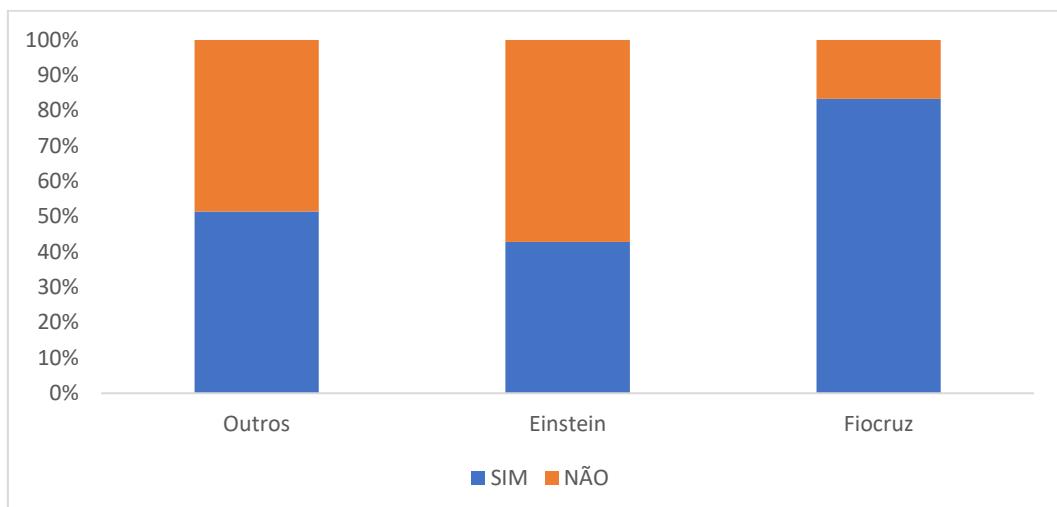
A característica da população atendida nos CTA também não apresenta variação quando observado os CTA do projeto e os demais do país. Em regra, a faixa etária mais presente está compreendida entre 19 e 49 anos de idade, com ensino médio completo e público formado por: gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans e travestis, trabalhadoras(es) do sexo, bissexuais e gestantes.

Quanto a origem do público atendido nos serviços, a busca direta ou demanda espontânea foi a mais citada por todos os CTA, sendo citada como principal origem em 346 dos 535 CTA fora do projeto, 13 dos 20 CTA acompanhados pelo Einstein e 5 dos 6 acompanhados pela Fiocruz.

Em relação às atividades realizadas pelos CTA envolvidos no projeto, todos os serviços realizam acolhimento, pré-teste, pós-teste e abordagem multiprofissional. Dentre as ações de prevenção realizadas nos serviços do projeto, destacam-se: orientações sobre uso do preservativo (100%), realização de testagem para HIV e outras IST (100%), Realização de profilaxia pré e pós exposição (95%), orientações de práticas de sexo seguro (95%) e orientações sobre não compartilhamento de objetos de uso pessoal (95%).

A disponibilização de autoteste HIV, nos CTA, é uma das atividades previstas na carteira de serviços. Dos serviços que responderam levantamento realizado pelo HIAE 51,0% dos serviços que não fizeram parte do projeto informaram disponibilizar autoteste, nos serviços acompanhados pelo HIAE, 43,0% disponibilizam e no caso dos acompanhados pela Fiocruz 83,0% relataram distribuir autoteste aos usuários (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – Proporção da disponibilização de autoteste de HIV no CTA**



Fonte: Elaboração própria.

Testes rápidos para a triagem e diagnóstico da infecção pelo HIV são realizados em todos os serviços que responderam. Conforme recomendado pelo ministério da saúde, o diagnóstico da infecção pelo HIV deve ser feito com a utilização de pelo menos dois testes. No caso dos TR estes testes são chamados TR1 e TR2. Dos CTA participantes da pesquisa, o TR1 mais frequente é o que utiliza amostras de sangue obtidas por punção digital. Nos casos reagentes, a pessoa será encaminhada para serviços de atenção especializada em IST/HIV/Hepatites em 92,0% dos serviços que não fizeram parte do projeto, 90,0% dos serviços acompanhados pelo HIAE e 80,0% nos serviços acompanhados pela Fiocruz.

A realização de PEP e PrEP apresenta resultados idênticos nos serviços que alguns do projeto esteve presente (HIAE – 93,0% e Fiocruz – 100,0%). Já nos outros serviços que responderam o levantamento, a realização de PEP está presente em 78,0% e a realização de PrEP em 53,0% dos CTA.

Em relação as hepatites, a realização de triagem nos CTA acontecem em praticamente todos os serviços tanto para hepatite A como hepatite B, com a realização de teste rápido HBsAG e Anti-HCV como os mais frequentes métodos. Os casos confirmados são encaminhados, na sua maioria, para serviços de referência realizarem o tratamento.

Nos casos suspeitos de hepatite A, a solicitação de sorologia anti-HAV é realizada por 59,0% dos serviços que não tiveram presença de projeto, 57,0% dos CTA acompanhados pelo HIAE e 67,0% dos serviços que a Fiocruz apoiou.

Para Sífilis, todos os CTA informaram disponibilizar testes para diagnóstico, sendo a maioria com acesso ao teste rápido. Em relação à outras IST's, a solicitação ou realização de testes diagnósticos diminui, com a realização em 30,0% dos serviços que não tiveram projeto, 29,0% dos acompanhados pelo HIAE e 67,0% dos acompanhados pela Fiocruz.

A disponibilização de teste HIV nos CTA é uma das atividades previstas na carteira de serviços. Dos serviços que responderam o levantamento realizado pelo HIAE, 51% dos serviços que não fizeram parte do projeto informaram disponibilizar autoteste, nos serviços acompanhados pelo Einstein 43% disponibilizam e no caso dos acompanhados pela Fiocruz 83% relataram distribuir autoteste aos usuários.

A realização de testes para diagnóstico da infecção pelo HIV é feita em todos os serviços que responderam, sendo o TR por punção digital/venosa TR1 o mais frequente. Em caso positivo, o segundo é realizado em TR de fabricante diferente do primeiro. Nos casos confirmados, a pessoa será encaminhada para serviços de atenção especializada em IST/HIV/Hepatites em 92% dos serviços que não fizeram parte do projeto, 90% dos serviços acompanhados pelo HIAE e 80% nos serviços acompanhados pela Fiocruz.

A realização de PEP e PrEP apresenta resultados idênticos nos serviços que alguns do projeto esteve presente (HIAE – 93% e Fiocruz – 100%). Já nos outros serviços que responderam o levantamento, a realização de PEP está presente em 78% e a realização de PrEP em 53% dos CTA.

Em relação as hepatites, a realização de triagem nos CTA acontecem em praticamente todos os serviços tanto para hepatite A como hepatite B, sendo os testes rápidos HBsAG e Anti-HCV como os mais frequentes métodos. Os casos confirmados são encaminhados, na sua maioria, para serviços de referência realizarem o tratamento.

Nos casos suspeitos de hepatite A, a solicitação de sorologia anti-HAV é realizada por 59% dos serviços que não tiveram presença de projeto, 57% dos CTA acompanhados pelo HIAE e 67% dos serviços que a Fiocruz apoiou.

Para Sífilis, todos os CTA informaram disponibilizar testes para diagnóstico, sendo a maioria com acesso ao teste rápido. Em relação à outras IST, a solicitação ou realização de testes diagnósticos diminui, com a realização em 30% dos serviços que não tiveram projeto, 29% dos acompanhados pelo HIAE e 67% dos acompanhados pela Fiocruz.

As ações relacionadas à Tuberculose são realizadas em 55% dos serviços que não tiveram presença de projeto, 64% e 67% nos CTA apoiados pelo HIAE e Pela Fiocruz,

respectivamente. Nesses serviços, o diagnóstico é realizado ou encaminhado para laboratório referenciado. Com a confirmação do caso, os casos são referenciados para atenção primária à saúde realizar o tratamento da pessoa.

Além de referenciar os casos, o compartilhamento do tratamento é uma das atividades realizadas pelos CTA, principalmente com a atenção primária à saúde dos municípios.

A aplicação de vacinas aparece como um dos grandes desafios dos CTA para ampliação da carteira de serviços, atualmente um terço dos serviços realiza essa atividade,

As ações relacionadas com redução de danos constituem uma das atividades presentes nos serviços, independente da proposta de uma nova carteira de serviços, atualmente 44% dos serviços não acompanhados por projeto realizam alguma atividade nesse sentido, no caso dos serviços acompanhados pelo HIAE essa proporção chega a 57% e 33% nos acompanhados pela Fiocruz. Nos locais que realizam atividades de redução de danos, a distribuição de kits aparece como estratégia, sendo o kit, na sua maioria, constituído de preservativo e folheto (58%), em outros serviços consta apenas o preservativo como sendo o kit de redução de danos (24%).

As ações extramuros aparecem presentes em boa parte dos serviços que responderam o levantamento, alcançando 88% dos serviços sem projeto, 93% naqueles onde o HIAE apoiou e em 100% dos acompanhados pela Fiocruz. As ações de testagem rápida extramuro para o HIV e/ou sífilis e/ou hepatites virais (testes rápidos) foram as mais realizadas pelos serviços, independente do projeto.

Capacitação e educação permanente em saúde são atividades que boa parte dos CTA realizam, nos serviços que não tiveram apoio de projeto, 79% informaram realizar essas atividades, 93% nos serviços acompanhados pelo HIAE e 83% dos serviços acompanhados pela Fiocruz. O apoio matricial aparece como uma atividade importante realizada pelos serviços para fortalecimento da rede de saúde local, com a realização de apoio realizado por 70% dos serviços.

A utilização de prontuários eletrônicos se apresenta como uma grande fragilidade dos serviços, apenas 34% têm algum tipo de prontuário disponível. O acesso aos sistemas nacionais de informação também apresenta, na sua maioria, proporções baixas de acesso, sendo o SICLOM o sistema que apresentou o relato de maior utilização em 76% dos serviços.

A questão do diagnóstico traz importantes aspectos na análise da estrutura disponível nos CTA, segundo resultado do levantamento, 66% dos CTA sem presença de projeto relataram a existência de ponto de coleta, 79% dos locais com a presença do HIAE e 83% dos acompanhados pela Fiocruz. Em relação à presença de laboratório no próprio CTA, 18% dos serviços sem a presença do projeto têm disponibilidade de diagnóstico na própria

unidade, esse número amplia para 50% tanto para os acompanhados pelo HIAE como pela Fiocruz.

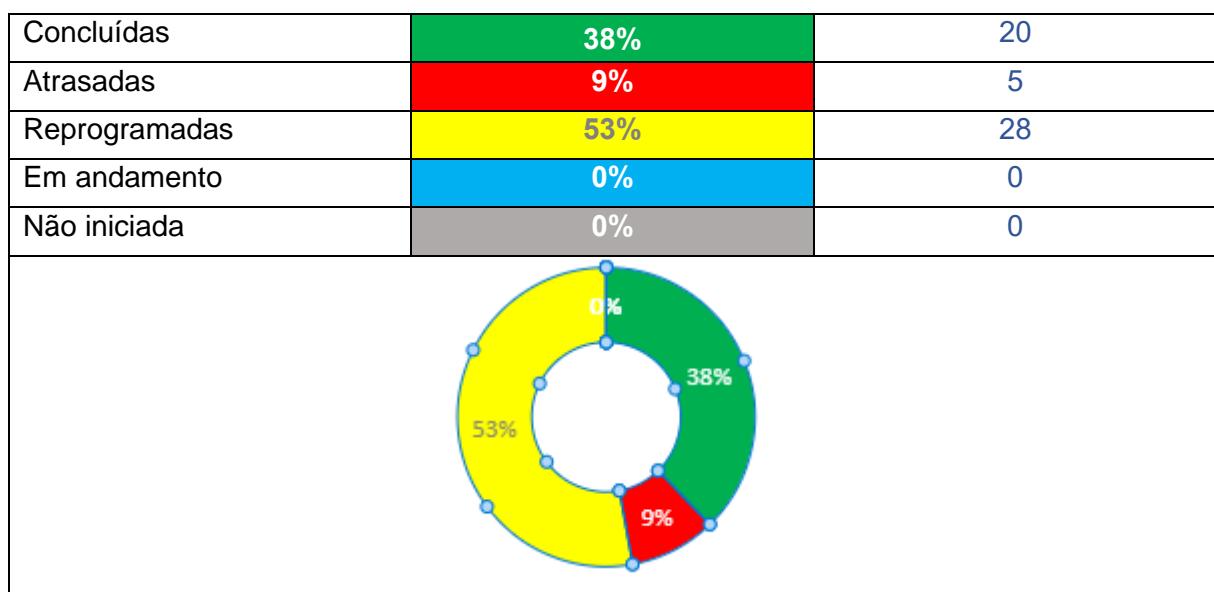
Os dados apresentados no levantamento, de maneira geral, apontam algumas fragilidades que precisarão de atenção durante o processo de ampliação da carteira de serviços para todos os CTA do país.

### 3.2 Monitoramento Planos de Trabalho

Ações de monitoramento específicas foram realizadas nos seis serviços que a Fiocruz esteve mais próxima. Dentre as ações de monitoramento, o acompanhamento dos planos de trabalho teve papel fundamental, uma vez que ele foi definido a partir da discussão da matriz SWOT realizada em cada um dos locais. Essas ações ocorreram em momentos específicos e foi possível rever o planejamento e propor alterações que seriam necessárias para implementação das ações. Ao final do projeto, os CTA atualizaram os planos de ação, que geraram os seguintes resultados.

Durante o projeto, o município de Feira de Santana propôs a realização de 53 atividades, distribuídas em 4 eixos, não ocorrendo atividades apenas para o eixo de sistema de informação. Nesse período, 38% das atividades foram concluídas pela equipe do CTA, tendo ainda 53% de atividades que precisaram ser reprogramadas para o final de 2024. Dentre essas atividades, destaca-se algumas capacitações que foram levantadas pela equipe como necessária para implementação de algumas ações constantes do plano de trabalho (Figura 5).

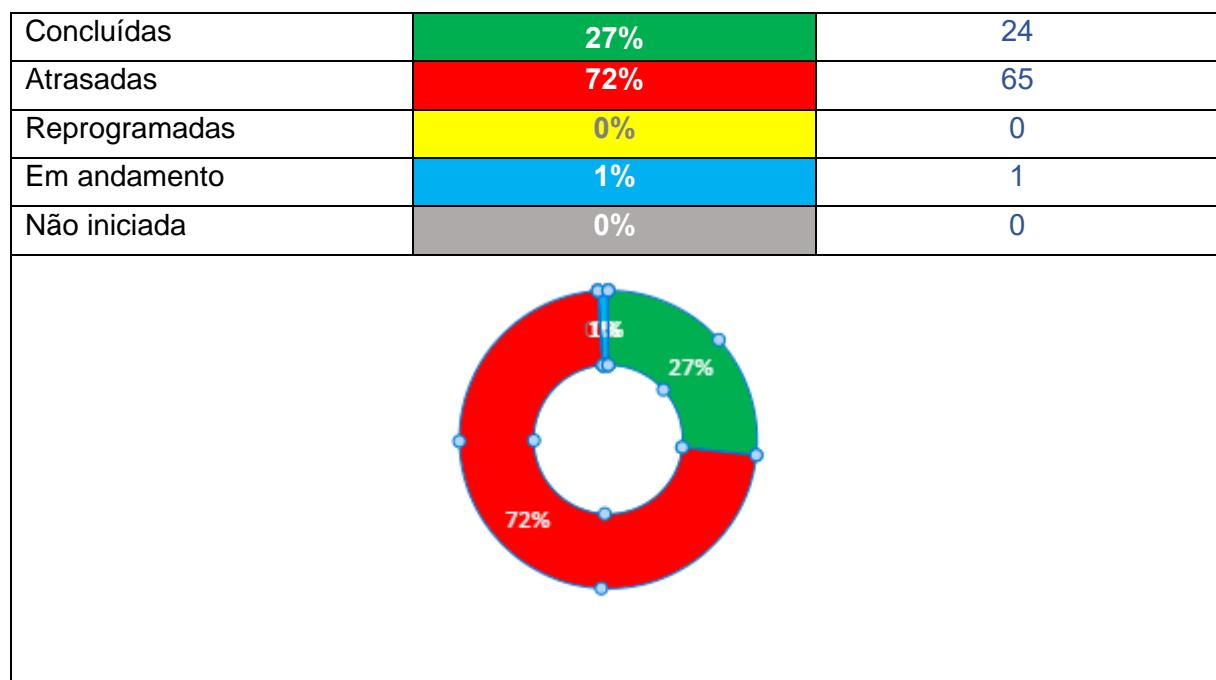
**Figura 5 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Feira de Santana/BA**



Fonte: Elaboração própria

No CTA do município de Ponta Grossa/PR, um total de 72% das atividades planejadas pela equipe estão atrasadas, tendo sido concluída em torno de 27%. Essa proporção de atividades atrasadas tem relação com diversas ações intersetoriais que seriam necessárias para o desenvolvimento da carteira de serviços no CTA. Além disso, o plano contava com a aquisição de alguns equipamentos, situação que não conseguiu ser feita durante o período do projeto (Figura 6).

**Figura 6 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Ponta Grossa/PR**

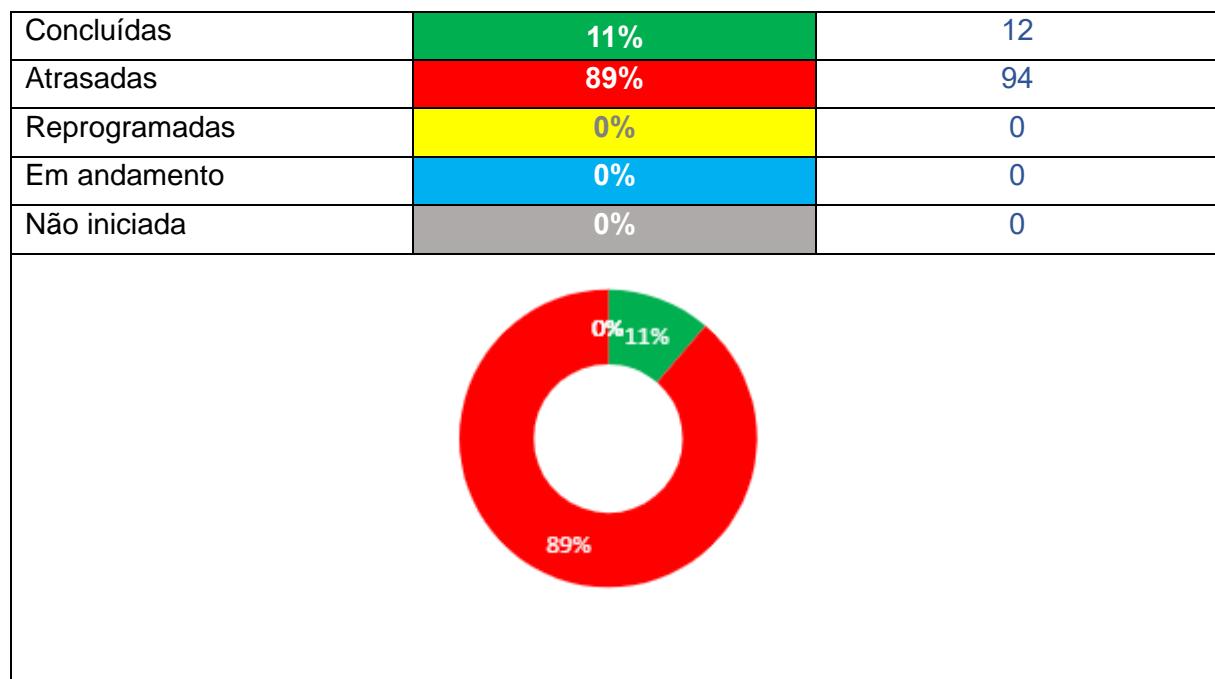


Fonte: Elaboração própria

Em Santarém/PA, o plano de trabalho discutido previa a construção e aquisição de mobiliário e equipamentos para a partir daí o processo de ampliação da carteira de serviços ser iniciado. Uma vez que tanto a reforma quanto as aquisições não foram realizadas, a proporção de 89% de atividades atrasadas se justifica. As atividades concluídas (11%) estão relacionadas a articulações do CTA com outros serviços. O espaço físico do serviço apresentou-se como um importante fator negativo para implementação da carteira (Figura 7).

Além de questões estruturais, outro fator que merece destaque em Santarém diz respeito à distância do município para Belém/PA. Ações que necessitem de organização de envio de amostras para o LACEN/PA, bem como da chegada de insumos no município necessitam de uma articulação ampla da gestão local com os demais níveis. Nesse sentido, atividade conjunta para organizar fluxos de encaminhamento de amostras foi discutido entre os níveis de gestão municipal e estadual, tendo o Ministério da Saúde como ponto de apoio nesse processo de articulação. Essa demanda mostrou a importância da organização de fluxos.

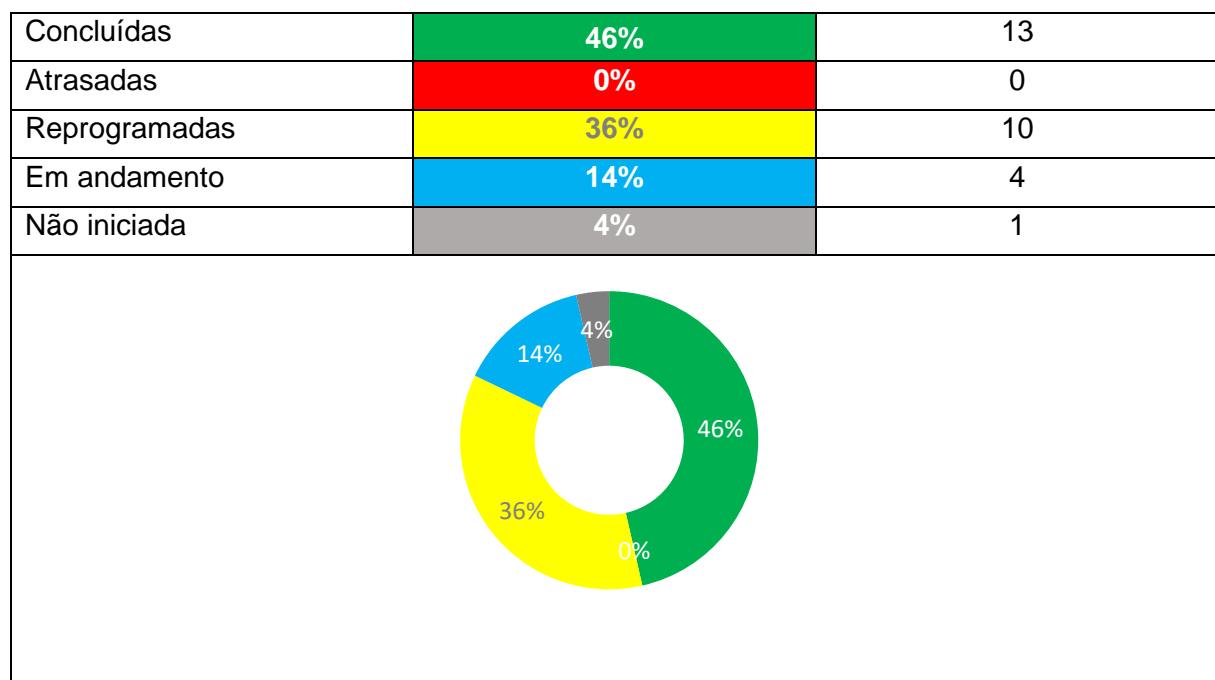
**Figura 7 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Santarém/PA**



Fonte: Elaboração própria

O plano de trabalho realizado no CTA de Sobral/CE previu a organização de diversas ações, mas que alguns entraves acabavam por atrapalhar o pleno funcionamento. A demora do diagnóstico era um dos entraves que precisou ser trabalhado no serviço. No período do projeto, 46% das atividades planejadas foi foram concluídas, tendo ainda 36% de atividades que precisaram ser reprogramadas. (Figura 8).

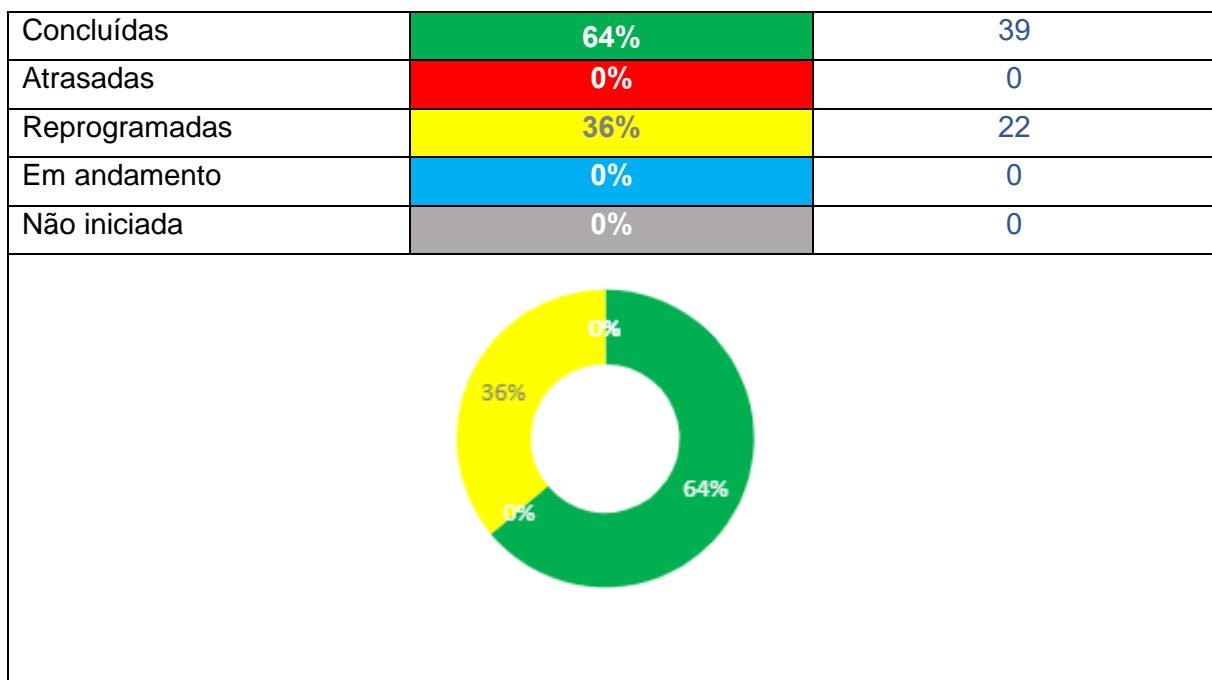
**Figura 8 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Sobral/CE**



Fonte: Elaboração própria

Outro serviço que apresentou uma proporção importante de atividades concluídas foi o CTA de Uruguaiana/RS. Ao todo foram programadas 61 atividades para serem realizadas ao longo do projeto; dessas 64% foram concluídas e 36% tiveram que ser reprogramadas pelo serviço. Importante destacar que a articulação intersetorial teve importante papel no processo de implantação de uma nova carteira de serviços, uma vez que foi necessário acelerar o processo de descentralização do diagnóstico do HIV, Tuberculose, dentre outros para serviços da atenção primária ou com acesso a populações vulnerabilizadas no município (Figura 9). Importante destacar que o município de Uruguaiana participa do projeto após contato da coordenadora do serviço com a gestão do departamento, colocando-se à disposição de cooperar com a proposta de implantação de uma nova carteira de serviços. A presença de estrutura laboratorial apoia diversas ações, porém a distância da capital fragiliza outras.

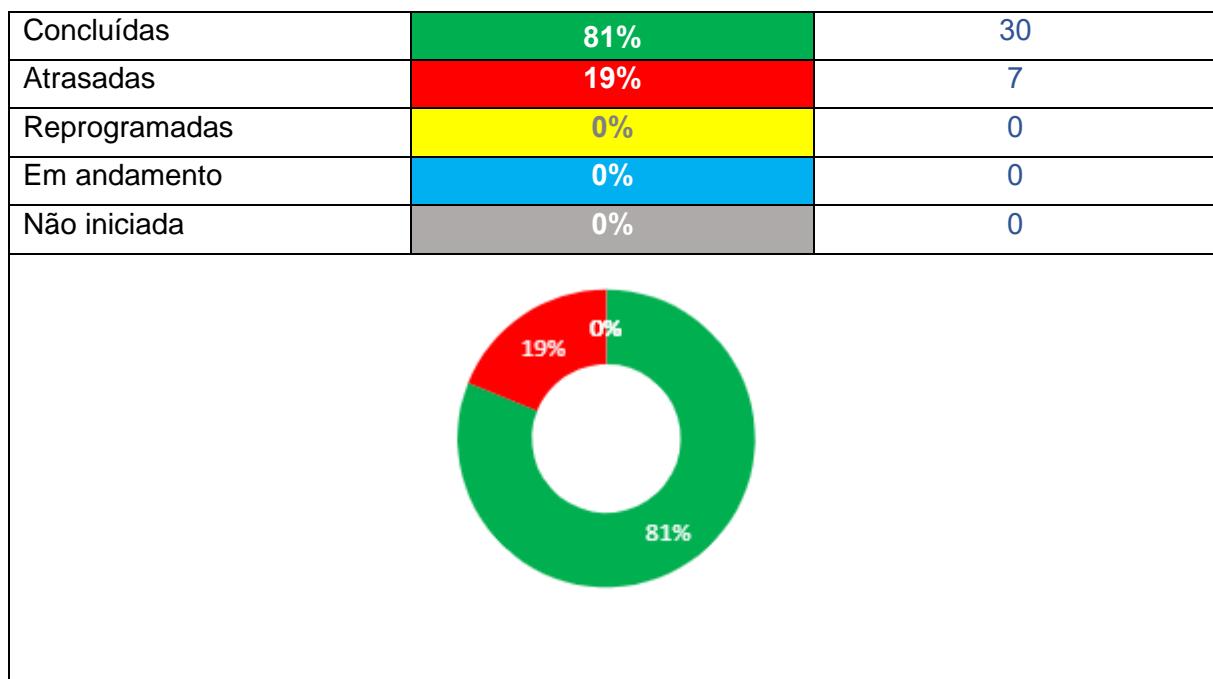
**Figura 9 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Uruguaiana/RS**



Fonte: Elaboração própria

Em Vitória/ES, foram propostas 37 atividades para serem realizadas ao longo do projeto. O serviço concluiu 81% dessas atividades e 19% estão atrasadas. O plano de trabalho em Vitória teve uma característica importante de recursos humanos, ação essa realizada pela própria secretaria municipal de saúde durante o andamento das ações do projeto (Figura 10). A contrapartida local, em relação aos recursos humanos se apresenta como importante no processo de ampliação da carteira de serviços no ambiente do CTA. Locais que tenham somente a estrutura de CTA necessitarão de maior articulação na ampliação do seu quadro de pessoal, tendo em vista a ampliação da oferta de diagnóstico, prevenção e até mesmo início de tratamento previsto na carteira de serviços.

**Figura 10 - Resultado Plano de Trabalho - CTA Vitória/ES**



Fonte: Elaboração própria

Outro ponto importante no CTA de Vitória está relacionado a presença de diversas outras ações realizadas no mesmo espaço, uma vez que o serviço está localizado dentro de uma unidade de saúde com diversas ações de saúde. Muitas das atividades atrasadas dizem respeito à processos que seriam executados, mas por questões burocráticas ainda não foram concretizadas.

### 3.3 Situação dos CTA antes e depois do projeto

Outra ação realizada como forma de monitoramento do projeto foi encaminhar novamente o questionário de levantamento das necessidades dos 6 CTA envolvidos no projeto a fim de validar as mudanças que foram realizadas dentro de cada CTA, sejam na estrutura, na composição das equipes, nas articulações e parcerias realizadas, quanto nas atividades de laboratório internas e externas de cada CTA. O primeiro levantamento foi realizado em 2021, sendo repetido ao final de 2023. Abaixo as principais mudanças para cada CTA.

#### CTA de Feira de Santana – BA

O número de consultórios para realização de atendimentos multiprofissionais aumentou de 11 para 18. Em relação ao número de profissionais, o CTA contratou mais 2 médicos ginecologistas e aumentou a quantidade de horas/semanais deles e da médica sexóloga. Além desses especialistas, foi contratado mais 1 enfermeiro e ajustadas as

horas/semanais dos demais, totalizando 170h a mais por semana para os 17 enfermeiros, 1 recepcionista nova, 1 técnico de laboratório e 1 biomédica.

Para a realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais foi contratado mais 1 profissional e 3 profissionais foram capacitados para realização da coleta de amostras de sangue para carga viral, CD4+, testes de biologia molecular e VDRL. O número de pessoas atendidas em média no CTA de Feira de Santana passou de 90 para 120 e passou a realizar a profilaxia pré-exposição (PrEP), ações extra muro, testagens, palestras, treinamentos e capacitações.

Começou a utilizar o Si-CTA (antigo) para registro das ações realizadas e incluíram o teste rápido (TR) de 4° geração, Sorologia Anti-HIV e autoteste saliva para a testagem de HIV. Outra atividade que foi adicionada na carteira de serviço do CTA de Feira de Santana é a realização de testes rápidos de biologia molecular, como por exemplo CV rápida HIV e CV rápida HCV e receberam uma máquina de GeneXpert e com isso passaram a realizar os testes PCR HCV, PCR HBV e carga viral rápida para HIV. O CTA deixou de ter cota para a realização dos exames de Sorologia para Hepatite B, Sorologia para Hepatite C, Contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e Carga viral do HIV.

#### CTA de Ponta Grossa - PR

O CTA de Ponta Grossa, mudou seu endereço e por conta disso passou a ter número do CNES – 5881005, que antes não tinha. Em relação aos profissionais, o CTA teve uma redução do número de horas semanais dos médicos gerais de 44h para 35h, estão sem psicólogo e apenas com 1 recepcionista, 5 técnicos em enfermagem, 4 auxiliares de enfermagem, 2 fisioterapeutas.

Para a realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais foi contratado mais 1 profissional (total de 4). Três profissionais foram capacitados para realização de PPD (prova tuberculínica – total de 5). O número de pessoas atendidas em média no CTA de Ponta Grossa passou de 40 para 50 e o CTA começou a se relacionar/articular com o CRAS, CREAS e UPAS.

Algumas novas atividades extramuros foram iniciadas, tais como divulgação das ações ofertadas pelos CTA, orientações pré e pós-teste, atividades de orientação preventiva, ações de prevenção e/ou controle de tuberculose, acompanhamento de gestantes vivendo com HIV, crianças expostas, busca ativa e visitas domiciliares. Passaram a utilizar o Tasy (sistema próprio) para registro das ações realizadas e casos confirmados. A equipe do CTA passou a utilizar os sistemas de informação SICLOM, SITE-TB e IL-TB.

Outra atividade que foi adicionada na carteira de serviço do CTA de Ponta Grossa foram os testes de coleta de contagem de linfócitos CD4+ e autoteste de sangue para HIV, assim como o teste treponêmico laboratorial para Sífilis e os testes HBsAg teste laboratorial convencional, Sorologia (anti-HBC total, anti-Hbs) e Carga Viral para Hepatite B e os testes Anti-HCV teste laboratorial convencional e Carga Viral para Hepatite C. Além desses, o CTA iniciou a realização dos testes rápidos de biologia molecular como CV rápida HIV, CV rápida HCV.

#### CTA de Santarém – PA

O CTA de Santarém relata ter computadores em todos os consultórios, item que faltava antes do projeto.

Em relação aos recursos humanos, o CTA tinha 4 enfermeiros trabalhando 30h semanais e agora possui 5 enfermeiros, assim como tinham 3 assistentes administrativos de 30h/semanais e agora somente 2 assistentes. Para realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais, houve uma redução desses profissionais, passando de 11 para 7. Os profissionais capacitados para realização de PPD (prova tuberculínica), reduziram de 4 para 3.

O CTA relata que exerce algumas atividades a mais do que no início do projeto, tais como palestra, CTA itinerante, capacitação de outros profissionais da rede e CTA de outros municípios. Para as ações extramuros, o CTA relata ter deixado de realizar trabalho de campo de redução de danos, ações de prevenção e/ou controle de tuberculose e ações de prevenção e/ou controle de hanseníase. Outra diferença notada é que o CTA deixou de atender os moradores da floresta e catadores de sementes que antes atendiam.

A equipe do CTA passou a utilizar os sistemas de informação SITE-TB e IL-TB. Para a hepatite B, Santarém passa a realizar a carga viral, assim como iniciou a realização de PCR HBV com a máquina GeneXpert. Relatou deixar de realizar coleta de amostras para exames confirmatórios e complementares para HIV, hepatite B e C e passou a ter cota para a realização de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ e Carga viral do HIV, antes não possuía nenhuma cota.

#### CTA de Sobral – CE

O CTA de Sobral relatou que estava inserido fisicamente em um Serviço Especializado em IST/HIV/AIDS, entretanto, hoje em dia, não está mais. Antes não possuía consultórios para

realização de atendimentos multiprofissionais e agora passou a ter 6 consultórios, assim como antes do projeto não tinha computadores em todos os consultórios e agora tem.

Na parte de Recursos Humanos, foi identificado uma redução do número de horas semanais do quadro de funcionários do CTA de Sobral, em que os médicos infectologistas passaram de 60h para 32h semanais, os médicos clínicos gerais reduziram de 40h para 20h semanais, 01 médico ginecologista obstetra e 01 pediatra reduziram de 20h semanais para 8 horas semanais cada, 1 médica dermatologista aumentou de 20h para 32h semanais e 1 assistente social passou de 30h para 32h semanais. Reduziu o número de farmacêuticos de 2 para 1 de 40h semanais e passou a ter 2 recepcionistas de 40h semanais. Passaram a ter 04 profissionais de nível médio e 08 de nível superior para realizam testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais, mostrando um aumento de 4 profissionais de nível superior. Houve uma redução do número de profissionais, de 7 para 4, que são capacitados para realização de PPD (prova tuberculínica).

A equipe do CTA passou a utilizar o sistema IL-TB. Passou a ser ponto de coleta de amostras para PCR clamídia, gonococo, HPV e iniciou a realização do Teste Rápido (TR) de 4° geração e Sorologia Anti-HIV para HIV.

#### CTA de Uruguaiana – RS

Em relação a Recursos Humanos, o CTA de Uruguaiana aumentou o número de médicos infectologistas de 1 para 5. O clínico geral passou a trabalhar 10h semanais (antes não tinha), deixou de ter 2 pneumologistas e passou a ter ginecologista 8h semanais e a quantidade de horas do psicólogo reduziu de 60h para 40h semanais. A carga horária dos farmacêuticos aumentou de 90h para 120h semanais e o CTA não possui mais recepcionista, mas passou a contar com a colaboração de um agente administrativo de 40h semanais.

O número de profissionais que realizam testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais aumentou de 7 para 8, como também aumentaram de 5 para 8 os profissionais capacitados para realizar a coleta de amostras de sangue para carga viral, CD4+, testes de biologia molecular e VDRL.

Uma atividade que foi adicionada na carteira de serviço do CTA de Uruguaiana foi a capacitação técnica de toda rede execução TR - controle de qualidade municipal e ações extra muro na Penitenciária e Universidade. O CTA antes não utilizava o PEC (Prontuário Eletrônico), mas passou a usar. A equipe, também, passou a utilizar os sistemas SI-CTA, SITE-TB e IL-TB.

O CTA de Uruguaiana passou a realizar os testes HBsAg teste laboratorial convencional, carga Viral, sorologia (anti-HBC total, anti-Hbs) para hepatite B. Para a hepatite

C passou a realizar Anti-HCV teste laboratorial convencional e Carga Viral. Antes o CTA de Uruguaiana não era ponto de coleta de amostras para PCR clamídia, gonococo, HPV e passou a ser, assim como não realizava testes rápidos de biologia molecular (ex: CV rápida HIV, CV rápida HCV) e passou a fazer depois do projeto. Adquiriu uma máquina de GeneXpert (*point of care*) e começou a realizar os testes de PCR HCV, PCR HBV, Tuberculose e HIV. Antes não realizava coleta de amostras para exames confirmatórios e complementares para HIV, hepatite B e C e passou a realizar.

#### CTA de Vitória – ES

Uma mudança em relação a estrutura do CTA antigamente a estrutura da UDM não permitiria uma ampliação para a inclusão de novos medicamentos e agora permite, evidenciando uma melhora estrutural.

Na parte de Recursos Humanos, foi identificado um aumento do quadro de funcionários, em que 2021, tinha somente 1 médico infectologista de 20h, aumentando para 2 médicos, sendo 1 de 40h e o outro de 20h. Além desse especialista, foram contratados 1 médico clínico geral de 20h, 1 gastroenterologista de 8h e 1 ginecologista que passou de 20h para 8 horas semanais. O quadro de enfermeiras também foi modificado, passando de 1 enfermeiro de 40h, para 2 enfermeiras de 40h. A carga horária dos 2 psicólogos e dos 2 assistentes sociais foram ajustadas, respectivamente, de 20h para 30h e de 30h. Não possuíam recepcionista em 2021 e atualmente já são duas recepcionistas.

Em relação ao número de profissionais que realizam testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais, mudou de 8 para 11. O número de profissionais que realizam testes de biologia molecular; CD4+ e VDRL, mudou de 3 para 2, sem especificar quais testes realizam.

A população atendida pelo CTA é majoritariamente com escolaridade de ensino médio incompleto, com faixa etária de 30-39 anos. Durante o período de expansão de suas atividades, o CTA aumentou seus atendimentos de 180 para 250 pessoas, em média, durante a semana.

Passou a atender pessoas com TBHIV, que antes não atendia, assim como passou a atuar com a rede socioassistencial do município e a realizar ações de prevenção e/ou controle de tuberculose. Também passou a realizar registro dos casos confirmados no ESUSVS. O CTA começou a realizar novos testes para HIV: Teste rápido (TR) de 4° geração; Autoteste saliva e Autoteste sangue. O CTA também começou a ser ponto de coleta de amostras para PCR clamídia, gonococo, HPV, assim como iniciou a realização de testes rápidos de biologia molecular como CV rápida HIV e CV rápida HCV.

#### **4. Visão dos CTA – Grau de implantação da carteira de serviços**

A carteira de serviços mínima e ampliada desenhada pelo Ministério da Saúde apresentou atividades/ações que já faziam parte do escopo dos CTA, sendo que algumas outras precisaram de organização interna para serem iniciadas e dependeram de articulação, capacitação, compra de insumos, dentre outras necessidades que constam do plano de trabalho de cada uma. Observar o grau de implantação da carteira de serviços evidencia as dificuldades encontradas por esses para implantação na totalidade.

Como estratégia de medir o grau de implantação da carteira nos serviços, foi encaminhado formulário com instrumento que levou em consideração cada uma das ações constantes da carteira. Coube ao gestor do serviço definir um valor de 0, para não implantada, até 5, para implantada totalmente o rol de atividades da carteira, quer seja a Carteira Mínima (CM) ou Carteira Ampliada (CA).

Ao longo das 76 atividades previstas na carteira de serviços, observou-se que em 67,9% das respostas a implantação foi dada como total pelos serviços, tendo 8,4% que consideram não implantada. A avaliação por eixo mostra diferenças importantes no grau de implantação definido pelos gestores. Essa diferença deve servir de base para implementação de estratégias que apoiem a implantação da carteira de serviços em todos os locais.

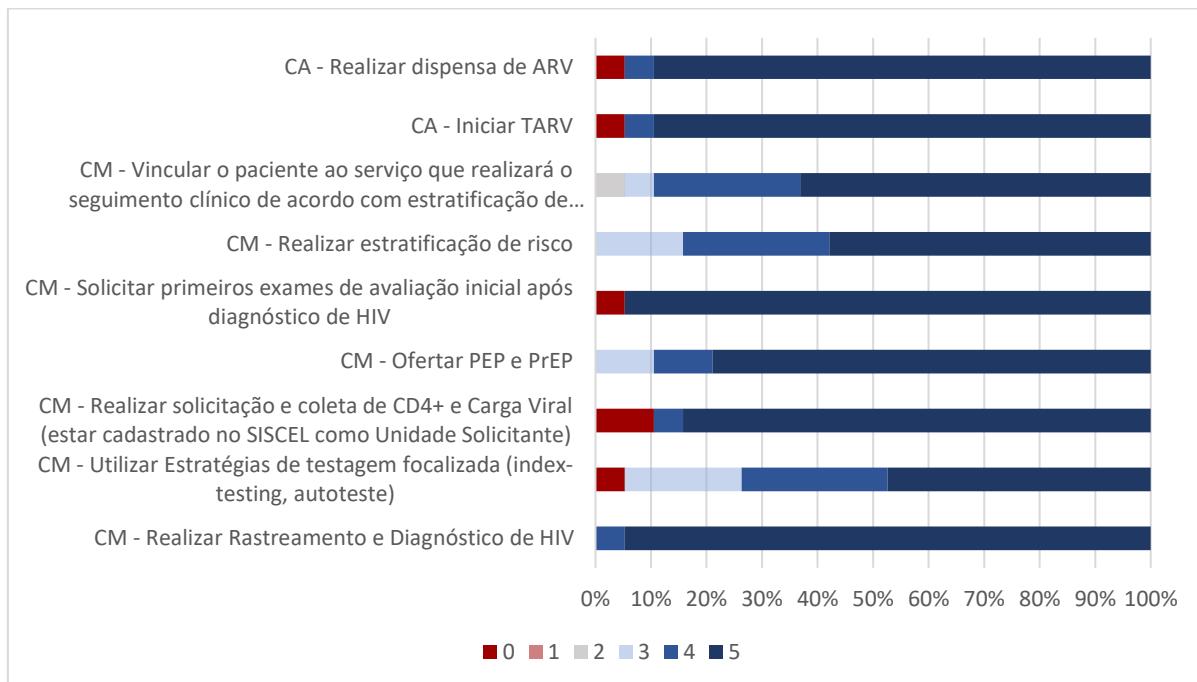
Observando o eixo do HIV, 77,8% dos locais consideraram totalmente implantada o grupo de atividades e 3,5% que não estava implantada. O eixo de atividades essenciais ampliado apresentou a proporção de ampliação total nos CTA com menos de 50% desses afirmando que implantaram totalmente essas atividades. Entre os agravos, as atividades relacionadas às IST apresentaram 53,2% dos CTA com implantação total.

As próximas figura apresentam o resultado, a partir da visão de implantação a partir de cada um dos eixos (doenças e atividades essenciais) que constam da carteira de serviço.

Na figura 11, estão os itens da carteira de serviços referentes ao HIV. Como as ações relacionadas ao HIV já estão, em sua maioria, presentes nos serviços, foi possível verificar que existe um grau elevado de atividades totalmente implantadas.

Destaca-se que 77,8% dos locais consideraram o rol de atividades como totalmente implantado no serviço. Porém, alguns itens da carteira apresentaram avaliação com grau de implementação entre 0 e 2 (baixa implementação), como, a realização de dispensação de antirretrovirais, o início do tratamento, a vinculação do paciente ao serviço, a solicitação de exames iniciais pós diagnóstico, realização e coleta de CD4 e a estratégia de testagem focalizada (Figura 11).

**Figura 11 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo HIV**



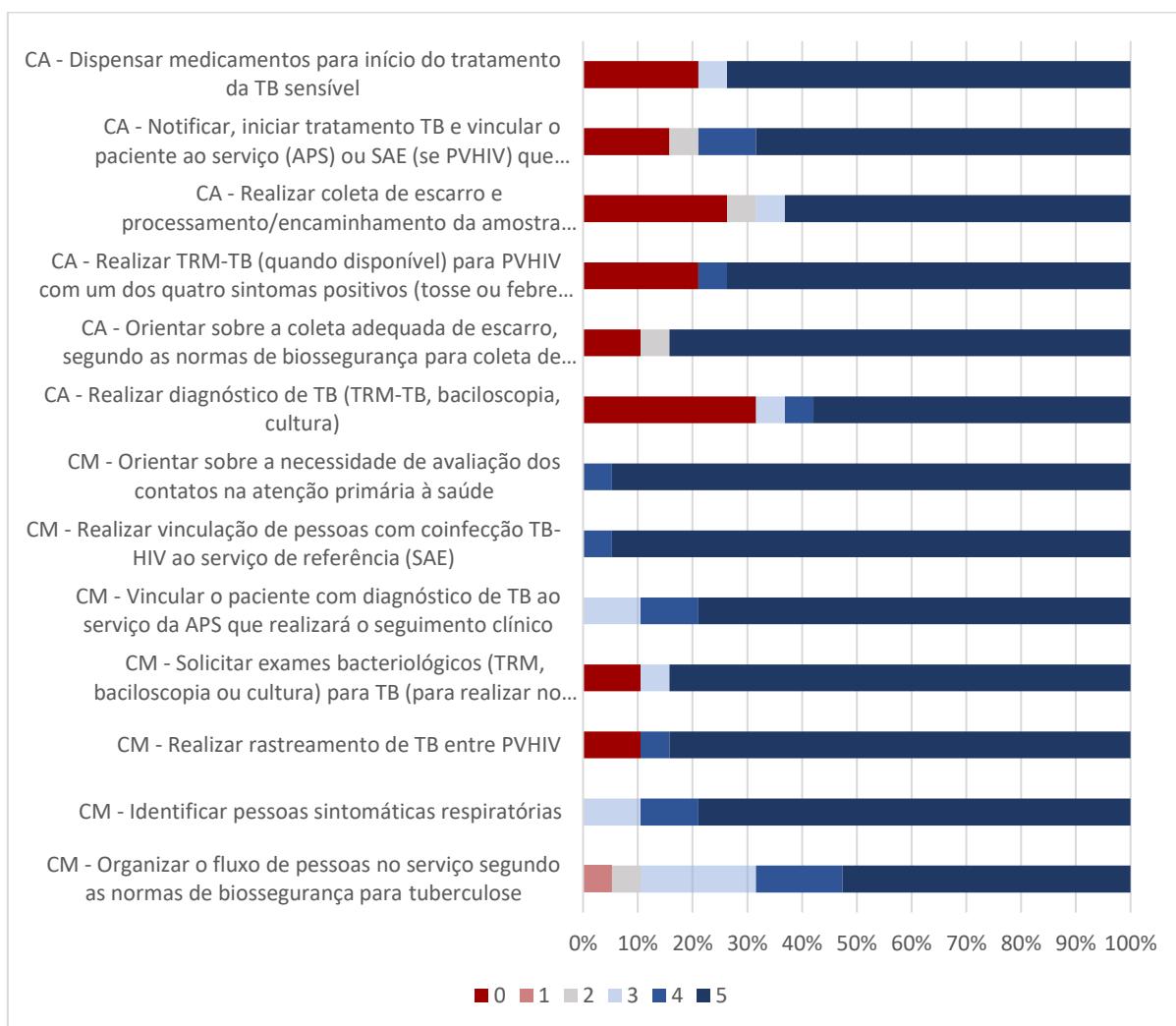
Fonte: Elaboração própria

O eixo de tuberculose foi o segundo a ser perguntado aos CTA. Observa-se uma proporção de 13,4% dos serviços com grau de implementação entre 0 e 2, demonstrado assim um grau de dificuldade maior na implantação de algumas ações. Importante destacar aqui que alguns serviços, escolhidos para apoiar esse processo, tem no seu rol de atividades o diagnóstico da tuberculose. Embora com uma proporção elevada de locais que consideram baixa a implementação das ações, um total de 76,1% dos serviços considerou as atividades da carteira como totalmente implementadas (Figura 12).

As ações que apresentaram o menor grau de implantação (0 a 2), para o eixo de tuberculose, foram as seguintes: dispensação de medicamentos, realização de notificação e transferência do caso para Atenção Primária à Saúde (APS), coleta e encaminhamento de escarro para diagnóstico, realização de Teste Rápido Molecular (TRM-TB) para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) e demais usuários, orientação sobre coleta de escarro e organização de fluxo de pessoas segundo normas de biossegurança. Outras duas atividades apareceram com baixo grau de implementação, a solicitação de exames (TRM, bacilosscopia ou cultura) bem como o rastreamento de TB em PVHIV (Figura 12).

Essa dificuldade, em vários itens relacionados à tuberculose, tem relação direta com as ações que, até então, o CTA não tinha como dentro do escopo de trabalho. Nesse sentido, durante o projeto, foi realizada capacitação sobre esse tema nos 6 serviços ligados ao projeto da Fiocruz-Brasília.

**Figura 12 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo Tuberculose**

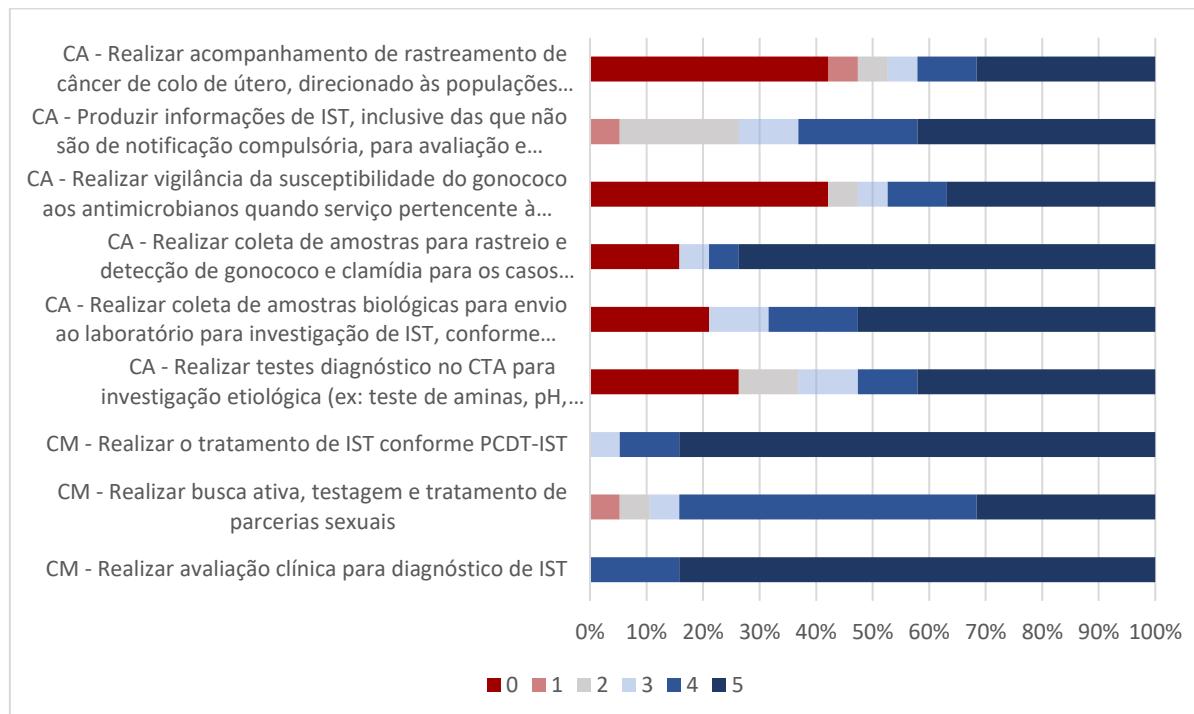


Fonte: Elaboração própria

Observando a carteira de serviços relacionada com IST's, excluindo HIV, Sífilis e Hepatites, observa-se a dificuldade dos CTA na implementação das ações que constam da carteira ampliada. Antes do projeto, algumas atividades relacionadas com IST's já estavam presentes no serviço e isso pode explicar essa variação. As IST's compõe o grupo que teve uma das mais baixas avaliação do grau de implementação com 53,2% (Figura 13).

Os itens que apresentaram os menores grau de implantação, dentro da carteira ampliada, foram os seguintes: realização de rastreamento de câncer do colo do útero, produção de informação sobre IST's, vigilância da suscetibilidade do gonococo, realização de coleta de amostra para exame laboratorial e a realização de testes no próprio CTA para investigação etiológica. Além dessas atividades, a realização de busca ativa apresenta grau de implementação baixa em alguns serviços.

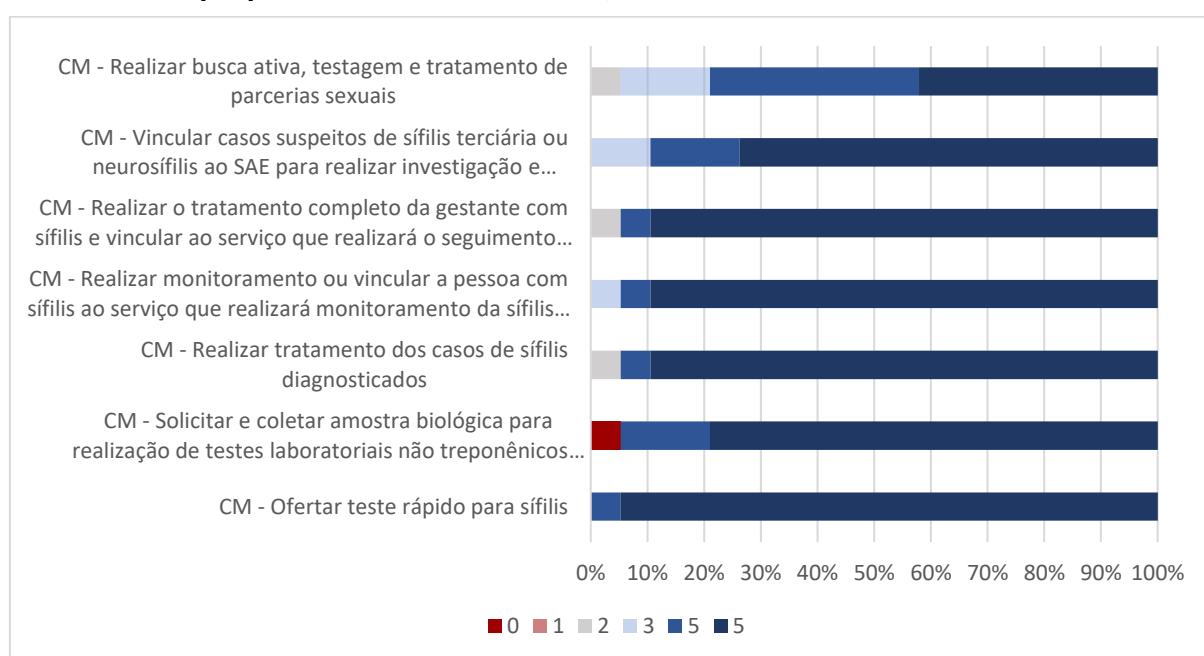
**Figura 13 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo IST (exceto HIV, sífilis e Hepatite)**



Fonte: Elaboração própria

Em relação as ações da carteira de serviços voltadas à sífilis, observa-se que um percentual de 92,4% dos CTA considera essas atividades implementadas dentro dos serviços (grau de implementação 4 ou 5). Essa situação aponta o trabalho voltado à doença na atenção à saúde (Figura 14).

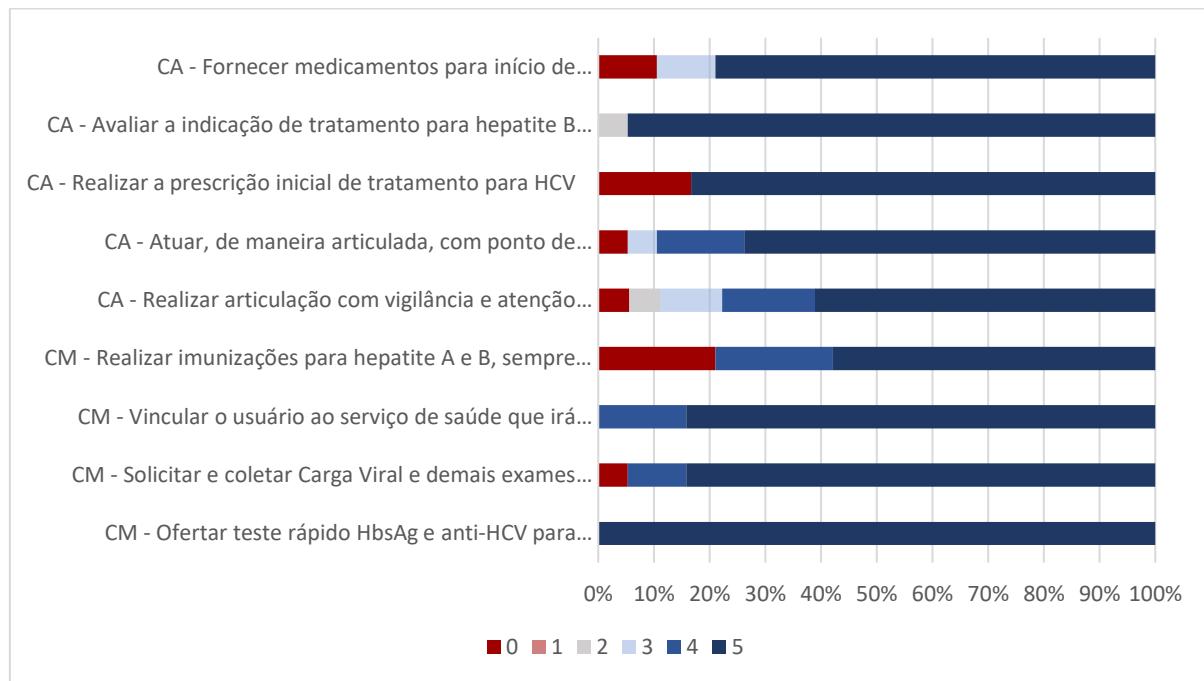
**Figura 14 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo Sífilis**



Fonte: Elaboração própria

Outra doença trabalhada nos CTA, as hepatites virais, apresenta uma variação no grau de implementação. De maneira geral, as ações estão implementadas na sua totalidade em 79,9% dos serviços que responderam o formulário. Alguns desafios ainda se apresentam em alguns serviços, destaca-se: prescrição e fornecimento de medicamentos, atuação articulada entre vigilância e atenção, imunização e solicitação de carga viral, que aparecem com alguns CTA avaliando como não implantada nos serviços (Figura 15).

**Figura 15 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo Hepatites Virais**

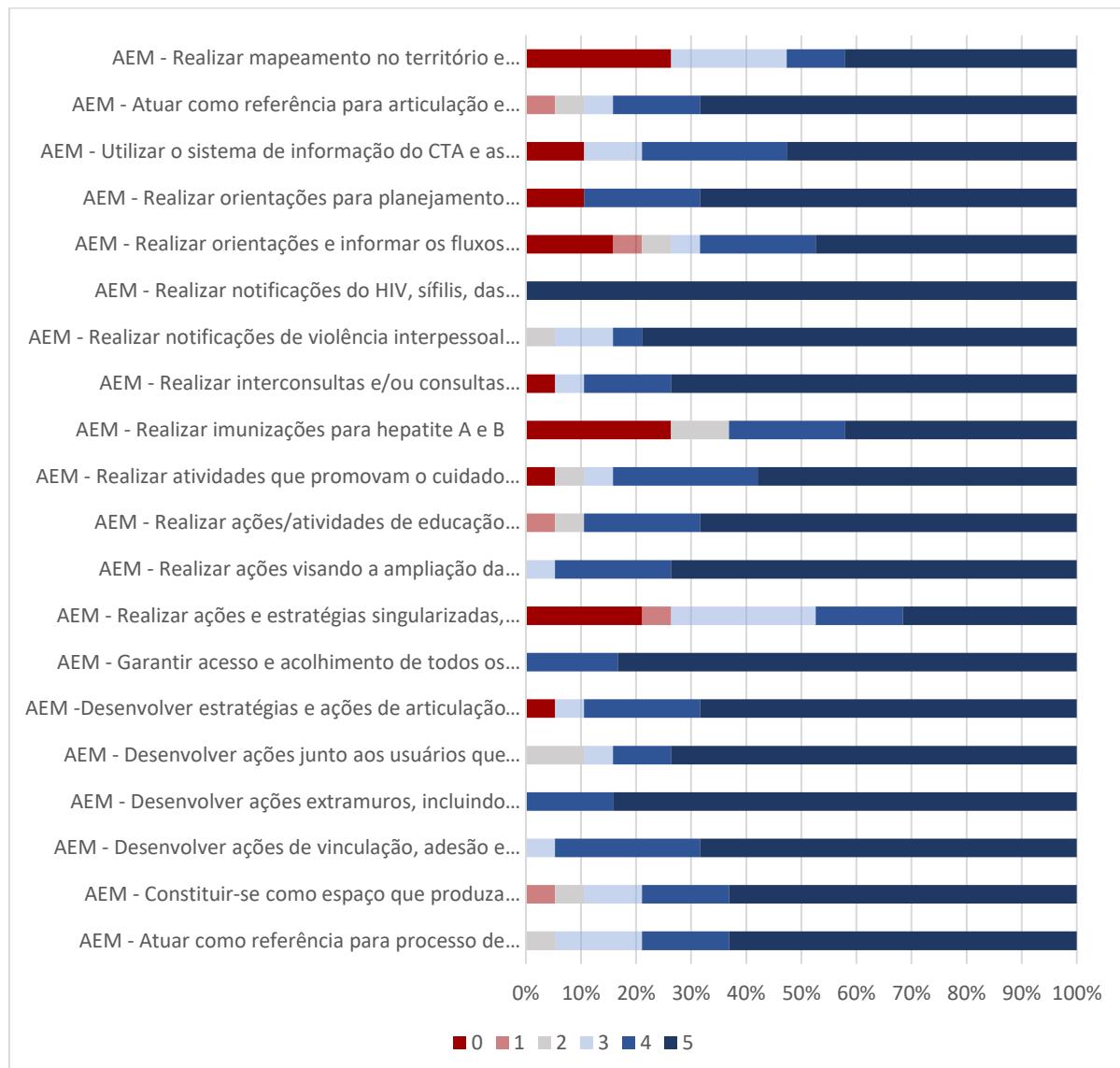


Fonte: Elaboração própria

Dentro da lista de ações/atividades que constam da proposta de carteira de serviço, dois eixos aparecem de forma transversal. As atividades essenciais mínimas e as ampliadas traduzem a necessidade de ações que possam estruturar o serviço, bem como articular com outros parceiros ações estratégicas.

Dentre as atividades essenciais mínimas, 65,3% dos serviços consideram que as diversas ações estão implementadas totalmente. Cabe ressaltar que, algumas atividades merecem atenção especial quando da implementação em outros serviços, uma vez que apresentaram fragilidade na implementação, dentre elas destacam-se: realização de mapeamento do território, atuação como referência, utilização do sistema de informação, planejamento reprodutivo, orientação sobre fluxos da rede de atenção, imunização hepatite A e B, realizar estratégias singulares e o desenvolvimento de ações de articulação (Figura 16).

**Figura 16 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo Atividades Essenciais Mínima**



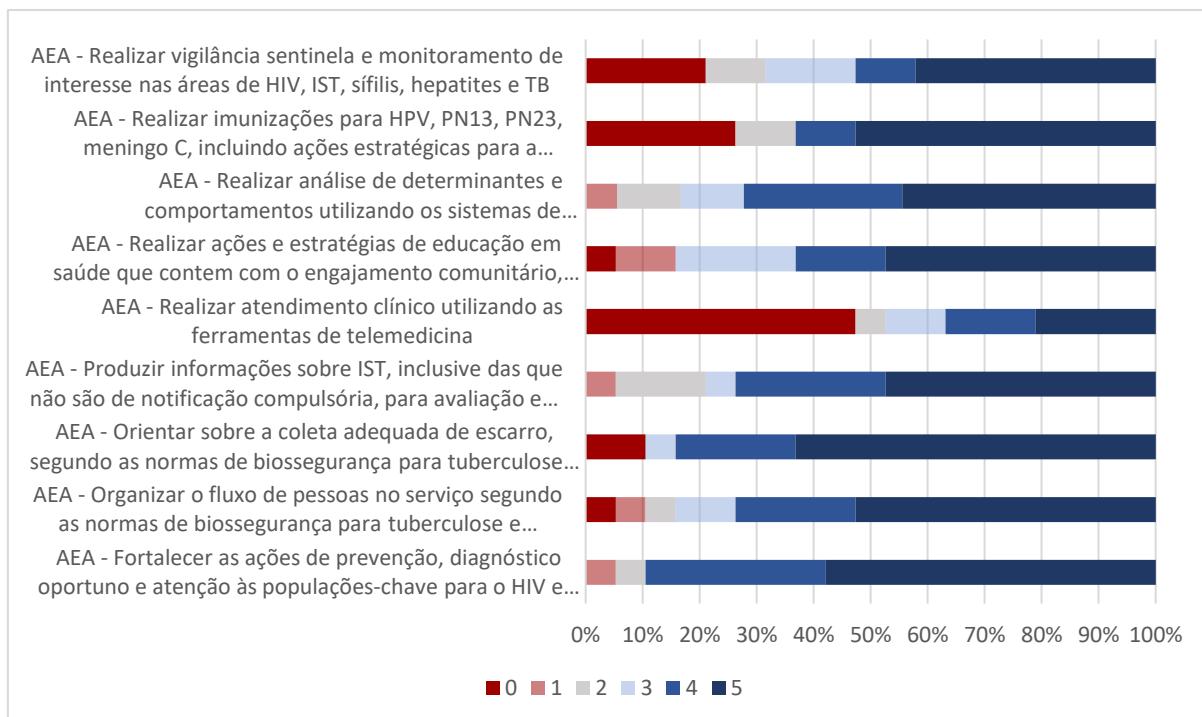
Fonte: Elaboração própria

As atividades essenciais ampliadas apresentaram, dentre todos os grupos, o menor percentual de implantação total com 47,6% dos CTA respondendo o formulário com grau de implantação 5 (cinco). O rol de atividades constante desse grupo apresentou dificuldade de execução por parte dos serviços, onde 23,5% dos locais responderam como grau de implantação baixo (entre 0 e 2) (Figura17).

O maior percentual de resposta 0 (zero) aconteceu na atividade relacionado com a realização de atendimento clínico no CTA com 50% dos serviços não tendo implementado a atividade. Essa situação pode ter relação com a necessidade de ampliação dos recursos humanos.

Outros pontos que chamam atenção em relação a baixa implementação, foram os seguintes: realização de vigilância sentinel, realização de imunização, orientação sobre coleta de escarro e realização de ações estratégicas de educação em saúde.

**Figura 17 – Distribuição proporcional do grau de implantação de ação/atividade constante da proposta de carteira de serviço – eixo Atividades Essenciais Ampliada**



Fonte: Elaboração própria

Com essa atividade, é possível observar diversas atividades que merecerão atenção maior durante o processo de implementação da carteira de serviços para os demais CTA do país. Um rol extenso de atividades produz efeitos importantes na saúde da população com a melhoria do acesso, porém demanda ferramentas que sejam capazes de organizar as diferentes questões relacionadas com estrutura, diagnóstico, prevenção, organização da rede de atenção, articulação com sociedade civil, dentre outros temas inerentes ao processo.

Além da carteira de serviços, perguntamos aos CTA sobre a visão deles em relação ao projeto. De maneira geral o projeto colaborou com a implementação da carteira de serviços. Em relação se a existência do “Projeto de Ampliação das ações” contribuiu diretamente para melhoria do serviço do CTA, 100% dos serviços concordam totalmente (94,7%) ou em parte (5,3%) com a afirmação. No item que explora se a proposta da carteira de serviços contribuiu para melhorar as ações de rotina de atenção aos agravos, 84,2% dos CTA concordaram totalmente com a afirmação, tendo ainda 15,8% dos serviços concordando parcialmente.

O planejamento, a partir da proposta de um instrumento de Plano de Trabalho e a prática de preenchê-lo de forma rotineira contribuiu para melhor realização e

acompanhamento das ações pelo serviço, 68,4% dos CTA concordaram totalmente com a afirmação.

Durante o projeto, foram realizados diversos momentos com visitas presenciais, realização de webinários etc. Essa aproximação trouxe a pergunta se o contato mais próximo com os técnicos do DATHI, seja pelo encaminhamento de dúvidas, seja pelos encontros presenciais nas visitas e em Brasília, contribuiu positivamente para o desenrolar qualificado das ações locais. Nesse item, 94,7% concordaram como importante a aproximação.

A articulação intra e inter também foi avaliada pelos CTA, a afirmação se existência de plano de ação a cumprir contribuiu para melhorias as relações com outros parceiros DENTRO e FORA teve o mesmo percentual de concordância com 89,5% dos serviços, sendo 15,8% que concordaram parcialmente e 73,7% que concordaram totalmente com a afirmação

## **5. Ações de diagnóstico e outras fragilidades identificadas:**

Dada a importância da oferta qualificada de diagnóstico como ação primordial e cotidiana do serviço, nesta parte do relatório, será destacado este tema e mais abaixo outras fragilidades de aspectos do serviço.

### **5.1 Diagnóstico**

Em relação aos processos e fluxos laboratoriais executados direta ou indiretamente pelos CTA e através das informações coletadas no questionário e das visitas realizadas no início do projeto, foi possível identificar alguns pontos como fragilidades de maior relevância no sentido da ampliação da carteira de serviços ou do pleno funcionamento atual dos serviços.

É importante ressaltar que o DATHI/MS possui um fluxo regular de envio de insumos para os CTA, por meio dos programas estaduais, que encaminham as solicitações ao Ministério, via sistema, de acordo com as necessidades de cada território. Estes insumos vão desde as demandas da prevenção, como preservativos e medicamentos pré e pós exposição, aos kits para testes diagnósticos, dentre outros. Manter essa via de comunicação e distribuição de insumos é essencial para a manutenção dos testes diagnósticos necessários para atender às demandas dos estados e municípios. Sobretudo para realização das ações extramuros e outras ações como os eventos de massa e estratégias de ampliação do serviço nas redes de atenção à saúde. A ampliação da testagem rápida nessas ações de rua, tem impactos de relevância muito positiva para o diagnóstico oportuno, além das unidades de atendimento.

Ficou evidenciado que alguns CTA não realizam controle de qualidade dos testes realizados, conforme preconizado. A Avaliação Externa da Qualidade (AEQ), que é um ensaio de proficiência enviado regularmente pelo MS, que promove a avaliação do desempenho do serviço que realiza testagem rápida (TR) para HIV e do profissional que executa o procedimento foi justificado como: esquecimento, rotatividade de RH para processar a avaliação. Ressaltamos a responsabilidade das unidades em dar resposta sobre tal avaliação e do monitoramento por parte dos programas estaduais para com seus territórios, observando ser um termômetro de desempenho da qualidade laboratorial realizado na unidade.

A existência de cotas para realização de exames foi relatada por alguns locais como importante gargalo para o seguimento dos pacientes, que em alguns momentos, não consegue realizar exames de carga viral e sorologias.

A ausência de equipamentos para implementação diagnóstica por meio do TRM (Teste Rápido Molecular) como *“point of care”* deve ser uma prioridade, em especial, para atendimento às gestantes e puérperas, além daqueles pós exposição. Torna-se importante a ampliação do parque tecnológico e o compartilhamento do equipamento para todos os agravos (HIV, HCV, TB) disponibilizados em testes diagnósticos pelo MS.

Além de questões locais, na grande maioria das visitas aos CTA a discussão sobre a falta de fluxo definido entre o CTA e o Laboratório Central do Estado (LACEN), que é responsável por realizar análises laboratoriais para complementação diagnóstica da sua rede, mostrou-se fragilizada.

Dentre as questões relacionadas ao LACEN, a ausência de comunicação e conhecimento dos papéis entre os atores envolvidos nos processos foi repetidamente identificada, impactando muitas vezes no impedimento para encaminhamento das amostras e consequentemente no atraso ou não realização dos exames necessários. Além da comunicação, as questões logísticas, principalmente nos CTA da região Norte do país, impactam diretamente no seguimento ao usuário.

Outra fragilidade identificada na parte de diagnóstico foi a falta de pactuação de prazo de devolução dos resultados dos exames para os CTA, além da necessidade de treinamento de RH para a coleta de amostras, considerando a alta rotatividade dos profissionais, e ainda treinamento para cadastro dos pacientes no GAL, sistema próprio do LACEN para o recebimento das amostras.

A infraestrutura dos CTA também foi uma das fragilidades identificadas, a proposta de inclusão do diagnóstico da tuberculose necessita de espaços que atualmente diversos serviços não comportam, uma vez que estão instalados em antigas casas residenciais adaptadas ou algo semelhante, e não foram criadas para fins de diagnóstico, tratamento, nem para aplicação de vacinas, mas que no contexto de algumas décadas atrás, abarcaram essas atividades, porém as estruturas atuais não estão em conformidade ao que está proposto.

Cabe ressaltar a importância e competências do LACEN, tendo como documento norteador, na perspectiva de identificar viabilidades para melhoria dos processos organizacionais, o que está definido na Portaria 2031/2004 que orienta a CGLAB/SVSA/MS, na qual se destacam:

- coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;
- realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual;
- realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;

- promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios.

Sendo o CTA uma unidade descentralizada para realização da testagem rápida, é importante que ele alcance a capacidade de incrementar cada vez mais a realização de outras metodologias diagnósticas, desde que esteja dentro da sua competência na unidade federada e em consonância com o coordenador da rede, o LACEN, a fim de promover o atendimento oportuno na assistência à saúde. Isso agrega aos princípios do SUS e fortalece o perfil de vigilância e cuidado da unidade

## 5.2 Outras Fragilidades destacadas

A ausência ou realização de poucas ações rotineiras de prevenção: os serviços, para além do aconselhamento no momento da testagem e entrega de resultados em geral, realizam poucas ações dentro e fora do serviço destinadas aos grupos mais vulneráveis. Ainda que a pandemia possa ter inibido tais ações, a falta de recursos humanos e de remuneração para os trabalhos fora do horário tradicional de funcionamento do serviço são questões importantes para a garantia destas ações. Vale destacar que, PEP e PrEP, nem sempre estão na rotina de oferta dos CTA e a maioria não possui sala de vacina própria, ainda que tenha um fluxo que considere eficaz nesta oferta aos usuários.

A estrutura física dos CTA: uma questão bastante comum na maioria dos serviços, diz respeito ao próprio espaço físico deles, seja a necessidade de reforma/manutenção ou até mesmo de mudança de local. Além da questão de espaço físico, é ainda uma fragilidade importante a manutenção dos equipamentos e material permanente, tais como computadores e acesso à internet como situações bastante presente no que diz respeito às necessidades de atualização nos serviços/municípios.

Ainda frágil em alguns pontos a articulação DENTRO da saúde, por exemplo com atenção básica, ainda não realiza todo o protocolo de TR de HIV ou a rede desconhece que o município tem acesso ao Teste Rápido Molecular de TB(TRM-TB) para começar a fazer solicitação de baciloscopia como rotina. Um destaque para a ausência ou ainda poucas ações rotineiras com a área de saúde mental, ainda que não seja pela falta de diálogo, foi constatada necessidade de aprimoramento desta articulação

No campo intersetorial, destaque para assistência social; uma vez que as vulnerabilidades “somadas” em alguns grupos só serão devidamente enfrentadas com políticas de inclusão, sobretudo de renda e acesso à outras políticas de proteção; e ainda que haja diálogo, também não é comum que haja ações cotidianas em curso entre os CTA e os serviços de assistência social dos municípios

Por fim, no campo de sistema de informação, uma fragilidade importante é ainda ausência de acompanhamento eletrônico dos usuários(prontuário), bem como sistemas de uso frequente em que seja possível tirar de forma rápida os dados para algum levantamento para imprensa, para a secretaria ou até apresentação de trabalhos, por exemplo. Este é um item bastante desigual, há serviços com tal questão resolvida, seja por uso de sistemas próprios, seja por utilizar de forma consistente os sistemas do Ministério da Saúde, mas há locais em que tudo ainda é “na mão”, nada ou quase nada está em meio eletrônico.

## 6. Recomendações

### Geral:

- Definir processo de capacitação das ações constantes da nova carteira de serviços
- Definir metodologia para monitoramento das ações propostas na carteira de serviços para os demais CTA do país;
  - Definir indicadores para acompanhamento dos CTA;
  - Desenvolver plataforma para consolidação e publicização dos indicadores.
- Definir modelo de avaliação do grau de implementação da carteira de serviços nos CTA.

### Estrutura:

- Definir estrutura mínima necessária, tanto física, como de rede de internet e tecnológica (Estabelecer parâmetros mínimos para apoio logístico e financeiro para atividades extramuros);
- Renovar parque tecnológico (ampliação e manutenção), de forma que os equipamentos acompanhem as evoluções de comunicação, capacitações a distância e sistemas informatizados;
- Capacitar as coordenações, sobretudo as municipais, para melhor compreensão e manejo local das transferências fundo a fundo – bloco da Vigilância - de forma a viabilizar acesso aos recursos;
- Estabelecer diretrizes para:
  - discussão de política de recursos humanos dos estados e municípios que responda às necessidades do cotidiano do trabalho do serviço;
  - aquisição/uso de equipamentos (linha telefônica, internet etc.) institucionais para comunicação com os usuários, tanto do cotidiano das ofertas dos serviços como para envio de materiais educativos;
  - aquisição de equipamentos de áudio e vídeo (câmera/celular + microfone adequados);
- Viabilizar tanto a elaboração quanto a impressão de materiais informativos/educativos, principalmente para as populações vulneráveis mais pobres (que não possuem celular) e para aqueles que não tem facilidade de manejo com celular;
- Coordenar a elaboração e distribuição de materiais virtuais de comunicação, educação e informação;
- Viabilizar o acesso ao diagnóstico de qualidade com:
  - Garantia de insumos laboratoriais;
  - Definição de rede laboratorial para atender demanda dos serviços;

- Reforma/ampliação dos laboratórios para incorporação de novos agravos;
- Estabelecer parâmetros para os casos de contratação terceirizada como apoio aos municípios (contratualização de serviços pelo município, levando em consideração as legislações, sistemas e demais diretrizes do SUS e do Ministério da Saúde);
- Estabelecer parâmetros para que os municípios adequem sua rede informatizada (internet): nos casos em que ainda não tem rede ou o CTA\CR\SAE não faz parte da rede municipal de informática, implantar ou incluir o serviço.

### Prevenção

- Estabelecer parâmetros para viabilizar a frequência das atividades cotidianas de prevenção (grupos, palestras, atividades extramuros):
  - Transporte;
  - Horas extras/folgas;
- Definir ações direcionadas aos grupos vulneráveis em seus espaços de socialização com:
  - Estímulo e fomento a ações com grupos vulneráveis;
  - Sensibilização de estados e municípios para viabilização de estrutura e tempo para tais atividades;
- Definir ações de matrículamento dos CTA com outros serviços para diagnóstico e abordagem de grupos vulneráveis;
- Estimular que os CTA sejam ponto de distribuição de autoteste para grupos vulneráveis;
- Estimular que sejam estabelecidos localmente/regionalmente o fluxo de informações atualizado sobre locais de vacinação e calendário;
- Pactuar a periodicidade de atividades massivas (nacionais) de divulgação da PREP e da PEP, sobretudo para grupos vulneráveis.

### Diagnóstico

- Envolver o LACEN em todos os acordos de fluxos laboratoriais estabelecidos entre CTA, município e estado;
- Rever as questões logísticas (inclusive aérea) para o envio de insumos e amostras em curto prazo;
- Estabelecer fluxos de amostra e informação de interesse dos usuários com canal de comunicação aberto para casos urgentes ou fogem a protocolo específico;
- Estabelecer, de acordo com os interessados, os papéis e fluxos sobre o funcionamento da rede de diagnóstico do CTA (caso o serviço seja referência para outros municípios).

- Manter o envio oportuno dos insumos estratégicos para a realização do diagnóstico laboratorial nos CTA
- Solicitar os resultados da Avaliação Externa de Qualidade (AEQ) do HIV, por parte dos municípios, sob pena de não distribuição dos testes rápidos para aqueles que não encaminharem seus resultados de maneira oportuna, considerando ser um indicador de qualidade de atividade laboratorial
- Encaminhar Nota Técnica orientando os estados e municípios quanto à pactuação para as cotas dos exames de diagnóstico laboratorial evitando atraso na realização de exames complementares
- Ampliar a descentralização dos diagnósticos por meio da implementação de equipamentos GeneXpert (Point of Care) para realização de TRM (Teste Rápido Molecular), bem como de CD4 nos CTA, a fim de oportunizar os atendimentos prioritários, bem como para incremento das ações nos eventos de massa nos territórios
- Estreitar as relações intrainstitucionais com a CGLAB/SVSA/MS, a fim de viabilizar a participação efetiva dos LACEN como referência laboratorial, para a rede de diagnóstico estadual, fortalecendo as pactuações dos fluxos necessários entre os serviços.
- Apoiar os LACEN, nas questões necessárias, para execução de treinamentos de boas práticas laboratoriais para aqueles CTA que possuem laboratório próprio e processam amostras, como garantia da fase pré-analítica dos processos, bem como de outros treinamentos de competência do coordenador da Rede laboratorial;
- Indicar à gestão estadual a participação dos LACEN nas câmaras técnicas e reuniões de colegiado – CIR/CIB
- Definir planejamento anual para treinamento do GAL na rede dos CTA a fim de garantir o cadastro dos pacientes e dar celeridade no resultado dos exames que podem ser acessados em tempo real;
- Apoiar na contratação de recursos humanos, por meio de modalidades de contratos emergenciais ou em outras formas legais cabíveis;
- Viabilizar a logística para o transporte adequado das amostras biológicas para os CTA que tem dificuldade de contratar empresa para encaminhar as amostras ao LACEN, em especial aqueles de regiões onde a situação geográfica inviabiliza transporte de amostra terrestre devido as grandes distâncias, a fim de garantir o envio oportuno e a qualidade delas;
- Pactuar nas reuniões de Colegiado Tripartite, na presença do CONASS e CONASEMS, projetos para adequação e ou construção de unidades de CTA adequadas ao funcionamento, em concordância com as atividades desenvolvidas

em cada território, atendendo às normas de biossegurança vigentes, tendo em vista a ampliação das atividades e da carteira de serviços.

### Redes de Apoio

- Divulgar a Nota técnica de cooperação SUS e SUAS (Acordo de Cooperação Técnica Nº 60/2021) e fazer sugestões de manejo dela nos CTA;
- Reestabelecer fluxos e responsabilidades das ações integradas do CTA com a equipe de Saúde Prisional e Saúde Indígena local;
- Pactuar papéis e apoios recíprocos com a Atenção Primária para revisão em conjunto e estabelecimento de ações para:
  - testagem de HIV, TB, HV e IST;
  - ações de educação em saúde;
  - tratamento – quem faz o quê;
- Estabelecer mecanismos para apoio técnico, incluindo ações de capacitação para a equipe de Saúde Mental local.

### Tratamento

- Organizar estrutura para ações de tratamento no CTA;
  - Discutir com assistência farmacêutica local o acesso a medicamentos para início de tratamento;
  - Definir local para armazenamento de medicamentos;
  - Planejar rotinas para início de tratamento no CTA;
  - Definir rotina para encaminhamento das pessoas, após início de tratamento, aos demais serviços da rede.

### Sistema

- Capacitar os serviços nos sistemas do Ministério da Saúde;
- Disponibilizar atualizações dos sistemas de informação para uso nos CTA.

### Observações:

- ILTB – ainda que as recomendações sejam para CTA, os serviços que também são SAE/CR devem estar atentos aos temas da TB, sobretudo nas PVHA
- HTLV – não faz parte da carteira de serviços, no entanto foi tema importante em pelos menos 2 serviços, assim recomenda-se que - para as regiões endêmicas ou que demonstrarem com seus dados que tem demanda – seja estabelecido pelo DATHI fluxo de atenção

## 7. Conclusões

Após processo de implantação da carteira de serviços, junto aos CTA envolvidos no projeto, ficou evidente o interesse desses na ampliação da oferta das ações que foram propostas pelo DATHI.

Durante as diversas atividades realizadas, algumas necessidades foram levantadas pela equipe do CTA, destacando questões de acesso a diagnóstico laboratorial e ações de prevenção realizadas pelos serviços. Nesse sentido, para ampliação aos demais CTA, o DATHI terá importante papel no estabelecimento de diretrizes para amenizar os problemas de acesso.

Além disso, será importante estabelecer processo de educação permanente (proposta de desenvolvimento de um EAD) com a finalidade de propiciar o conhecimento necessário a todos os itens constantes da carteira de serviço aos CTA que aderirem a proposta de ampliação.

Consideramos a proposta de uma nova carteira de serviços uma oportunidade importante de ampliação das ações de prevenção e diagnóstico das doenças acompanhadas pelo departamento.