

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil

DESAFIOS
para a **EQÜIDADE** e o **ACESSO**

MINISTERIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil

Desafios para a Equidade e o Acesso

Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids do Estado de São Paulo.
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Faculdade de Medicina da USP. Departamento de Medicina Preventiva.

Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 11

Brasília – 2008

MINISTERIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil Desafios para a Equidade e o Acesso

Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids do Estado de São Paulo.
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
Faculdade de Medicina da USP. Departamento de Medicina Preventiva.

Organizadores: Alexandre Grangeiro e Dulce Ferraz

Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 11

Brasília – 2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Série Estudos Pesquisas e Avaliação, n. 11

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 2000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids
Av. W3 Norte SEPN 511, bloco C
CEP: 70750-000, Brasília – DF
Tel.: (61)
E-mail: aids@saude.gov.br
Home page: <http://www.aids.gov.br>

Organização:

Alexandre Domingues Grangeiro
Dulce Aurélia Souza Ferraz

Pesquisadores:

Alexandre Domingues Grangeiro - Depto. Medicina Preventiva - FMUSP
Maria Mercedes Loureiro Escuder - Instituto de Saúde - SES/SP
Karina Wolffenbuttel - Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - SES/SP
Dulce Aurélia Souza Ferraz - PN-DST/AIDS
Ligia Rivero Pupo - Instituto de Saúde - SES/SP
Cristiane Gonçalves da Silva - NEPAIDS/USP
Dráurio Barreira - Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS
Maria Amélia de Sousa Macena Veras - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Tatianna Meireles Dantas de Alencar - PN-DST/AIDS

Valéria Nanci Silva - Depto. Medicina Preventiva - FMUSP
Paulo Henrique Nico Monteiro - Instituto de Saúde - SES/SP
Bernadete Martinson - Instituto de Saúde - SES/SP
Verônica Machado - Fundo Global
Viviane Coutinho Massa - Instituto de Saúde - SES/SP

Colaboração:

Jorge Kayano
Maria Inês Battistella Nemes

Editor:

Flávio Guilherme Pontes

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação:

Alexsandro de Brito Almeida

Financiamento:

Programa Nacional de DST e Aids - Ministério da Saúde

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)

Esta pesquisa está desenhada de acordo com os preceitos éticos que regulam a pesquisa em seres humanos no Brasil e obedece à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). O protocolo foi aprovado na íntegra pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (SES/SP).

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

108 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Estudos Pesquisas e Avaliação; n. 11)

ISBN

1. Centro de Testagem e Aconselhamento em Aids. 2. HIV. 3. Acesso universal a serviços de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WC 503.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – 2008/0188

Títulos para indexação:

Em inglês: Contribution of the Test and Counselling Centers to Universalize the Diagnosis and Guarantee the Equality in the Access to the Services

Em espanhol: Contribución de los Centros de Prueba y de Consejo para Universalizar el Diagnóstico y Garantizar la Equidad en el Acceso a los Servicios

Sumário

APRESENTAÇÃO	07
INTRODUÇÃO	09
RESUMO EXECUTIVO	11
RECOMENDAÇÕES GERAIS	15
Parte 1: Centro de Testagem e Aconselhamento: um novo equipamento público de saúde	19
1.1 Acesso ao diagnóstico do HIV	19
1.2 Implantação dos CTA	21
1.3 Universalidade do diagnóstico	22
1.4 Século XXI: mudanças e desafios dos CTA	25
Parte 2: A rede nacional dos CTA: cobertura, características e população atendida ..	29
2.1 Implantação dos CTA no Brasil: quantos são e onde estão	29
2.2 Cobertura dos CTA no contexto da política de incentivo para aids	32
2.3 Inserção dos CTA na rede pública de saúde e porte dos serviços	35
2.4 A clientela dos CTA	37
2.4.1 População atendida e origem da demanda	37
2.4.2 População atendida pelo CTA e o perfil epidemiológico municipal	38
2.5 Discussão: desafios para ampliação do acesso ao teste anti-HIV	40
Parte 3: Organização e funcionamento dos CTA	43
3.1 Perfil dos CTA	43
3.2 Acesso aos serviços	44
3.2.1 Período de atendimento	44
3.2.2 Direito ao anonimato	45

3.3 Características estruturais e organizacionais	46
3.3.1 Espaço físico	46
3.3.2 Equipe profissional	47
3.3.3 Gerência e instrumentos de gestão	49
3.4 Atividades dos CTA	50
3.4.1 Diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites	50
3.4.2 Resolubilidade na oferta do diagnóstico: tempo de entrega dos resultados, taxa de retorno e referência clínica	52
3.4.3 Aconselhamento	55
3.4.4 A prevenção intra e extramuros	57
3.4.5 Disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção	59
3.4.6 Tratamento de DST	60
3.4.7 Capacitação	61
3.5 Perfil tecnológico dos CTA	62
3.5.1 Perfil Tecnológico Assistencial	63
3.5.2 Perfil Tecnológico de Promoção à Saúde	63
3.5.3 Perfil Tecnológico de Atenção Integral	64
3.5.4 Perfil Tecnológico Básico	64
3.5.5 Análise de indicadores de resolubilidade	65
3.6 Discussão: perfil tecnológico, organização, estrutura e a resolubilidade dos CTA.	66
Parte 4. Síntese regional das características organizacionais e operacionais dos CTA ...	69
4.1 Síntese das características	69
Referências bibliográficas	97
Índice de tabelas e gráficos	103

APRESENTAÇÃO

Há vinte anos a implantação dos primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil marcava o compromisso do Programa Nacional de DST e Aids com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DST na rede pública de saúde. Num contexto de pouco conhecimento sobre a aids e de intenso preconceito contra as pessoas afetadas pela epidemia, esses serviços trouxeram inovações importantes para a prática dos serviços de saúde, como a possibilidade de realização da testagem de forma anônima e a instituição do aconselhamento como sua atividade central.

Transcorridos os anos, significativas mudanças foram observadas. O surgimento de novas necessidades, como a testagem para hepatites virais, agregou novas atribuições para os CTA. As mudanças no perfil da epidemia de aids demandaram atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde. O conhecimento da população brasileira aumentou consideravelmente: 93,4% sabem que o uso de preservativos previne a infecção pelo HIV e 90,8% sabem que o vírus pode ser transmitido por meio das relações sexuais. A descentralização da gestão possibilitou a implantação de novos serviços por iniciativa de estados e municípios. Finalmente, a progressiva implementação do Sistema Único de Saúde trouxe a necessidade da revisão da inserção dos CTA na rede de serviços e de suas atribuições.

Frente à necessidade de sistematizar o conhecimento sobre a situação dos CTA hoje no País, o Programa Nacional de DST e Aids realizou a pesquisa “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil”, cujos resultados estão apresentados nesta publicação. As informações geradas pelo estudo reiteram a importância desses serviços para a promoção da equidade e do acesso ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das DST e oferecem importantes subsídios para otimização de seu potencial diante do cenário atual da epidemia e do sistema de saúde.

A promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DST e a integralidade no cuidado permanecem como desafios a serem superados. Os CTA, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde, representam uma estratégia importante nesse processo.

Agradecemos a todos aqueles que contribuíram com este trabalho, especialmente aos gestores e trabalhadores dos Centros de Testagem e Aconselhamento, por facilitar o acesso às informações, acreditando que os resultados da pesquisa podem, de fato, trazer melhorias para a qualidade dos serviços e o acesso da população ao diagnóstico e à prevenção das DST/aids.

Mariângela Batista Galvão Simão

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids

INTRODUÇÃO

Esta publicação descreve os resultados da pesquisa “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil”, elaborada por solicitação do Programa Nacional de DST e Aids (SVS/ Ministério da Saúde) com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a rede de CTA, implantada no país a partir da década de 80.

Os resultados apresentados buscam responder quatro questões fundamentais: Quantos são os CTA implantados no País? Onde estão? Como se estruturam e se organizam? Qual a contribuição desses serviços para promover o acesso universal e equitativo à prevenção e ao diagnóstico do HIV, hepatites, sífilis e outras DST?

Um resumo executivo com os principais resultados dos estudos e das recomendações pode ser encontrado no início desta publicação.

Para uma compreensão mais abrangente a publicação está organizada em três capítulos.

O primeiro discute a situação atual do diagnóstico do HIV no Brasil e os desafios para ampliar o número de pessoas testadas. Apresenta, ainda, um breve histórico do processo de implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil, ressaltando as alterações nas políticas governamentais para promover o acesso aos serviços e nas normas técnicas e organizacionais que orientam seu funcionamento.

O segundo capítulo analisa a abrangência e os limites da rede nacional de Centros de Testagem e Aconselhamento e sua possível contribuição para promover o acesso universal e equitativo à prevenção e ao diagnóstico do HIV. São analisadas informações sobre a cobertura populacional e os casos de aids, assim como a abrangência da rede de CTA, no âmbito dos municípios que apresentam as mais altas taxas de incidência de aids e daqueles incluídos na política de incentivo para as ações de aids do Ministério da Saúde.

Para avaliar o acesso equitativo aos CTA, informações sobre a clientela atendida nesses serviços foram confrontadas com o perfil epidemiológico das regiões onde eles estão implantados. As populações consideradas para essa análise foram as de homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e gestantes.

O terceiro capítulo apresenta as características estruturais e organizacionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Nele estão detalhadas as condições estabelecidas

para o acesso da população, as atividades de prevenção, diagnóstico, aconselhamento e assistenciais desenvolvidas, o perfil da equipe de trabalhadores e os indicadores de resolubilidade dos serviços, que incluem as taxa de retorno, o tempo de entrega dos resultados, o acesso dos segmentos populacionais mais vulneráveis e a disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção.

Apresenta-se, também, o estudo sobre a diversidade dos CTA, buscando identificar grupos de serviços que se organizam e se estruturam de forma homogênea. Os agrupamentos identificados foram denominados de perfil tecnológico e organizacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento, analisados segundo indicadores sociais e de saúde dos municípios, e de resolubilidade para o diagnóstico, acesso e disponibilidade de insumos.

As tabelas com os principais dados do estudo são encontradas no final desta publicação.

RESUMO EXECUTIVO

Este diagnóstico situacional revela uma importante vinculação dos CTA com a rede pública de saúde, especialmente com os serviços de atenção básica e de atenção secundária e com os programas de DST e aids. O estudo também mostra que a diversidade dos CTA e as distintas formas de organização dos serviços estão vinculadas ao período de implantação, às prioridades da política de oferta do diagnóstico na rede pública de saúde e à evolução da epidemia. Potencializar as características que conferem identidade a cada CTA pode permitir o aperfeiçoamento da rede nacional desses serviços e a ampliação da oferta do diagnóstico e da prevenção no País.

Os desafios para o aprimoramento dos CTA são inúmeros, na medida em que: parcela expressiva dos serviços apresenta estrutura precária; populações prioritárias encontram dificuldade de acesso; a oferta de insumos de prevenção é muitas vezes burocrática e insuficiente; a resolubilidade na oferta do diagnóstico é baixa e a implantação de novos serviços está acontecendo de forma tardia em relação ao surgimento dos primeiros casos de aids nos municípios.

Os CTA estão implantados em municípios com taxas médias e altas de incidência do HIV, abrangendo 49% da população brasileira e 69% dos casos de aids conhecidos. A taxa de incidência do HIV nas cidades com CTA é 1,4 vezes maior do que nas localidades que não disponibilizam o serviço. Isso demonstra que a abertura dos CTA está associada à prioridade municipal de diagnosticar o HIV e à existência de uma rede de saúde mais estruturada. Nas cidades onde os CTA estão implantados, o número de testes para cada mil habitantes é 2,4 vezes maior do que em locais onde não há CTA.

A extensão da rede de CTA, no entanto, é limitada. Dos 427 municípios incluídos na Política de Incentivo do Ministério da Saúde e, portanto, prioritários para o controle de DST e aids no Brasil, 209 (48,9%) não possuem CTA. Além disso, 85% das cidades com mais de 25 casos de aids por 100 mil habitantes em 2005, não contam com o serviço.

O período entre o surgimento dos primeiros casos e a implantação dos CTA tem aumentado desde 1998, ano em que foram adotadas duas estratégias: a descentralização dos recursos destinados à implantação de novos serviços para estados e municípios e o estímulo ao diagnóstico do HIV nos serviços de atenção básica. Em 2005, a média de tempo para a implantação de novos CTA foi de 16 anos após o surgimento do primeiro caso de aids no município.

Quase a totalidade dos serviços possui referências estabelecidas tanto para HIV (99%) quanto para DST (93%), mas 13% dos CTA não dispõem de referências assistenciais para hepatites. As diferenças regionais relacionadas à estrutura dos CTA são evidentes: nas regiões Norte e Nordeste, 20% dos CTA não têm referências estabelecidas.

Em relação à estrutura dos serviços de testagem, a capacidade instalada está longe do ideal, na medida em que 30% dos CTA não contam com todos os espaços necessários ao atendimento – sala de aconselhamento individual, sala de aconselhamento coletivo, sala de espera e sala de coleta.

Quando considerados os recursos humanos, 40% não atendem à recomendação de pelo menos oito pessoas na equipe. Em 19% dos serviços faltam profissionais responsáveis pela coleta (técnico de laboratório ou técnico/auxiliar de enfermagem) e um terço não atende à recomendação de contar com pelo menos quatro profissionais de nível superior. No entanto, quase 25% dos CTA têm mais de sete profissionais de nível superior e 22% possuem equipes com mais de 14 integrantes.

Em todas as regiões do País, os CTA apresentam dificuldades em cumprir o prazo de 15 dias para a entrega de resultados. Apenas metade dos serviços (53%) entrega o resultado negativo do teste anti-HIV em até 15 dias. No caso do exame confirmatório, o índice cai para 28%. As taxas de retorno situam-se entre 76 e 90% (42%), e apenas 23% alcançam taxas de retorno acima de 90%. As baixas taxas de retorno estão associadas ao longo período para a entrega dos resultados, sendo que outras características organizacionais e estruturais não possuem importância para determinar esse fato.

Todos os CTA deveriam estar aptos a realizar o diagnóstico sorológico de HIV e sífilis e a triagem sorológica para hepatites virais. Entretanto, apenas um quarto dos serviços atende a essa condição. Por outro lado, 66% ofertam pelo menos o diagnóstico de HIV, a triagem sorológica de sífilis e hepatite C e algum tipo de marcador de hepatite B, considerando o leque de sorologias mais básicas. A maior deficiência encontra-se na oferta dos testes treponêmicos de sífilis (presentes em apenas 31%) e da triagem sorológica completa das hepatites B e C (presente em 64%).

Parte expressiva dos serviços foi classificada como sendo de pequeno e médio porte, sendo que 40% realizam até cinco testes para o diagnóstico de HIV/dia e 41%, até 15 testes/dia. A produtividade por profissional é relativamente baixa: entre 1,25 a 2,28 testes por profissional/dia, conforme o perfil organizacional do serviço analisado.

Já as taxas de prevalência do HIV são expressivamente mais altas na clientela dos CTA do que as observadas na população geral. Metade dos serviços apresenta taxas de prevalência entre 1% e 5% e 12,7 % desles apresenta taxas superiores a 5%.

A adoção de procedimentos que limitam o acesso aos serviços está associada à baixa proporção de atendimento de grupos vulneráveis. Uma parcela expressiva restringe o acesso aos serviços, quando obriga a identificação do usuário, não oferta atendimento à noite e/ou fim de semanas e exige o aconselhamento pré-teste para a realização do diagnóstico.

A oferta de insumos de prevenção é uma das principais ações dos CTA. No entanto, mais de 70% dos serviços impõem alguma dificuldade de acesso aos insumos, como apresentação de documento de identificação, passagem por atendimento prévio e a definição

de cotas fixas. O preservativo masculino de 52 mm está disponível em quase todos os CTA (98%). No entanto, faltam preservativos masculinos de 49 mm e preservativos femininos, em pelo menos 30% dos serviços. A situação é mais grave no caso do gel lubrificante, que não está disponível em 70% dos serviços, e do kit de redução de danos, instrumento essencial para a prevenção do HIV entre usuários de drogas injetáveis, presente em apenas 16% dos serviços.

A falta de insumos de prevenção está diretamente associada a outra distorção no serviço prestado pelos Centros de Testagem e Aconselhamento: a baixa prioridade para populações consideradas mais vulneráveis. Quase todos os CTA informam que a população geral é uma das três principais clientelas (92%). Mas apenas 60% relatam ter as populações mais vulneráveis entre aquelas mais atendidas. Quando analisados somente os municípios que possuem altas proporções de casos de aids em homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (UDI), essa proporção cai para aproximadamente 40%.

Metade dos CTA aponta as gestantes e a população referenciada com suspeita de DST e hepatites entre as três populações mais atendidas. Vale salientar que os CTA que mencionaram a população de gestantes entre as três mais atendidas estão, com maior frequência, nos municípios que apresentam indicadores de pré-natal mais deficitários e com taxas de mortalidade materna e infantil mais elevadas.

Os sistemas de informação dos CTA para a gerência e produção de conhecimento sobre a população atendida são pouco utilizados e constituem o principal problema na área de gestão dos serviços, fato que dificulta o processo de planejamento e avaliação. Sem a disponibilidade de informação adequada, os processos de acompanhamento dos procedimentos realizados e a compreensão das características da população atendida ficam prejudicados. Pouco mais de um terço dos serviços não implantaram o SI-CTA (36,2%) e apenas 39,4% implantaram a versão mais atualizada.

A análise da diversidade na forma de organização dos CTA demonstra que cada serviço possui uma identidade bem definida, respondendo a demandas e necessidades específicas. Isso permitiu classificar os Centros de Testagem em quatro perfis tecnológicos diferentes: (1) básico, (2) assistencial, (3) atenção integral e (4) promoção da saúde. Segue uma breve descrição de cada um desses grupos tecnológicos.

- **Básico:** Os CTA desse grupo têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, já que estão implantados nos municípios mais pobres e com maior precariedade da rede de saúde, com baixa cobertura do pré-natal. São os que, proporcionalmente, realizam menos atividades de prevenção e assistência e que menos disponibilizam insumos de prevenção. Reúne os CTA de implantação mais recente. A clientela é composta, predominantemente, por gestantes. Sua estrutura física está inserida, principalmente, nas unidades básicas de saúde. Predomínio em regiões em que a epidemia é mais recente e apresenta a menor taxa de incidência e o menor número de casos de aids e de cobertura populacional (55% dos CTA implantados na região Norte estão nesse grupo). A taxa de produtividade, que foi medida pelo número de exames por dia por profissional, é de 1,9 e os serviços incluídos nesse agrupamento apresentam a menor taxa de positividade para HIV.

- **Assistencial:** Predominam as atividades assistenciais e têm uma das mais altas proporções de médicos na equipe. A clientela atendida nesse grupo é composta, principalmente, de populações vulneráveis e de pacientes encaminhados por outros serviços. Entretanto, é o segundo grupo de serviços que menos realiza ações de prevenção e, quando as faz, direciona suas atividades para a população geral. A taxa de prevalência do HIV em cerca de um quarto desses CTA é superior a 5%, mas os instrumentos de referência de pacientes infectados para os demais serviços de saúde são precários. Encontram-se principalmente em locais onde a epidemia é mais antiga (regiões Sul e Sudeste) e onde estão as maiores taxas de incidência de aids. É também o perfil mais prevalente entre os CTA que iniciaram suas atividades na primeira fase de implantação dos serviços, ou seja, aqueles instalados até 1993.
- **Atenção integral:** Esse é o grupo que, proporcionalmente, mais integra atividades assistenciais e preventivas, sendo ainda o que mais oferece tratamento de DST e os diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites. Possui a maior relação de médicos na equipe e os instrumentos mais bem estabelecidos para referenciar pessoas infectadas. Entre a clientela atendida, verifica-se maior equilíbrio entre pacientes referenciados, embora com predomínio de gestantes e populações vulneráveis. É o grupo que se encontra mais bem distribuído nas regiões administrativas do País, sendo que 70% desses serviços foram implantados nos últimos oito anos. Esse grupo é caracterizado por ser o segundo maior em número de serviços existentes e o segundo menor em tamanho da população abrangida e em taxa de incidência de aids.
- **Promoção da saúde:** Esse grupo é o que apresenta a melhor estrutura física e o que mais incorporou as diretrizes para flexibilizar o acesso da população aos serviços, como a possibilidade de anonimato, a escolha por parte do usuário em realizar o diagnóstico sem o aconselhamento pré-teste e o atendimento no período noturno. Como consequência, são os CTA que mais atendem populações vulneráveis. A disponibilidade de insumos de prevenção também é maior nesse grupo. A maioria dos CTA com esse perfil foi criada entre os anos de 1994 e 1998, período de financiamento direto do Ministério da Saúde para a implantação desses serviços. É nesse perfil que se encontram as taxas mais altas dos testes por profissional/dia: 2,28.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Este estudo tem como o objetivo realizar o diagnóstico nacional da rede de CTA, descrevendo e analisando as características e as diferentes formas de organização e operação dos mesmos. Não consiste, portanto, numa avaliação da qualidade desses serviços. Busca dimensionar a contribuição dos CTA na universalização e equidade no acesso da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV, hepatites, sífilis e às ações de prevenção dessas e das demais DST.

Os resultados nos permitem enumerar recomendações que, se implantadas, poderão contribuir significativamente para a ampliação do diagnóstico dessas infecções e para o maior acesso aos insumos e ações de prevenção, reforçando, assim, o controle da epidemia de aids no país. Abaixo estão apresentadas as recomendações:

1 – Priorizar populações mais vulneráveis, garantido a equidade no acesso aos serviços.

A universalidade do acesso à prevenção e ao diagnóstico do HIV, DST e hepatites deve ser efetivada por meio de todos os serviços do Sistema Único de Saúde, especialmente daqueles incluídos no âmbito da atenção básica. A garantia ao acesso equitativo, entretanto, deve ser atribuição primordial dos Centros de Testagem e Aconselhamento, permitindo que as populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV tenham o direito de realizar o diagnóstico do HIV, DST e hepatites e acessem as ações de promoção da saúde. Os CTA devem, ainda, ser a “porta privilegiada de entrada” para os serviços de atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV, DST e hepatites. A consolidação desta atribuição deve ser garantida com ações pró-ativas, dirigidas à inclusão das populações mais vulneráveis e à adequação das sistemáticas de organização e operação dos serviços às necessidades e à realidade destes segmentos sociais.

2 – Ampliar a rede de serviços, articulando estratégias de acesso universal e equitativo em áreas prioritárias.

A rede não abrange parte expressiva dos municípios com incidência mais elevada de aids e que são prioritários para o Ministério da Saúde para o controle da epidemia. Nesses municípios, a organização de serviços com características preconizadas para os CTA, associada à estratégia de oferta do diagnóstico nos demais serviços da rede

pública de saúde, poderá contribuir para a promoção do diagnóstico e prevenção das DST, HIV e hepatites.

3 – Respeitar as capacidades e potencialidades de cada serviço.

A análise da organização dos CTA, denominadas no estudo como perfil tecnológico, demonstrou que existem grupos de serviços com identidades bem definidas e que respondem a demandas e necessidades específicas.

As potencialidades deverão ser exploradas. Nos serviços caracterizados pelo perfil tecnológico assistencial, por exemplo, atividades internas de prevenção podem estimular maior participação de indivíduos pertencentes às redes sociais dos usuários, ampliando a oferta do diagnóstico e dos insumos de prevenção às populações vulneráveis. Cabe lembrar que estes serviços atendem, entre os seus usuários, parcelas importantes da população com prevalência mais alta do HIV. Em contrapartida, as atividades de prevenção extramuros serão mais bem desenvolvidas nos CTA que apresentam o perfil tecnológico de atenção integral ou de promoção à saúde.

4 – Definir objetivamente normas de organização e operação.

A adoção de procedimentos diversificados indica fragilidades na formulação de normas e realização de treinamentos. Procedimentos diversificados para o acesso dos usuários a sorologias e preservativos, por exemplo, implicam, por vezes, na perda de oportunidades para a realização do diagnóstico e da prevenção. A elaboração e incorporação de normas poderão fundamentar o processo de formação dos trabalhadores e otimizar as ações dos serviços, ainda que respeitando a singularidade da demanda local.

5 – Garantir a realização do diagnóstico da sífilis em todos os serviços

É necessário adotar normas técnicas prevendo a oferta do diagnóstico da sífilis em todos os CTA, definindo, inclusive, o grau de resolubilidade dos procedimentos ofertados. Essa medida permitirá a oferta do diagnóstico da sífilis a todos aqueles que procuram os serviços, como gestantes e populações vulneráveis.

6 – Adequar as ações de prevenção à realidade epidemiológica do município.

Um número significativo de serviços realiza ações de prevenção de baixo impacto, entre populações com reduzido risco de infecção. Muitos também não funcionam em horários mais adequados para o acesso de determinadas populações vulneráveis, como profissionais do sexo. A análise demonstra, inclusive, que em municípios onde a prevalência de aids entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas é maior do que a média regional, os CTA, freqüentemente, não têm priorizado a atendimento dessas populações.

Essas situações precisam ser revertidas e, para tanto, é preciso que os CTA conheçam a realidade epidemiológica em que estão inseridos e adequem suas atividades de prevenção a ela.

No caso específico de gestantes, os CTA possuem papel estratégico ao atuarem em locais em que há deficiência na rede de atenção à saúde reprodutiva. Essa situação traz uma dualidade. Por um lado, não garante a qualidade da atenção às gestantes e a adoção integral das medidas de prevenção da transmissão vertical; por outro, minimiza os efeitos negativos da precariedade da rede de pré-natal no controle da epidemia de aids. Nesse contexto, a alteração na atuação dos CTA junto a essa população deve ser acompanhada de um fortalecimento da rede de serviços de atenção ao pré-natal e parto nos municípios.

7 – Incentivar e apoiar as experiências bem sucedidas.

Os serviços que realizam ações de prevenção de acordo com as diretrizes estabelecidas devem ser reconhecidos por meio da disseminação das boas experiências, apoio a projetos específicos, vinculação das ações da política de incentivo às ações de prevenção nos serviços, e dos processos de formação dos trabalhadores em gestão, prevenção e promoção da saúde.

8 – Estimular a articulação com outros serviços e com a sociedade civil.

Institucionalizar mecanismos de referência e contra-referência para as doenças diagnosticadas, com ênfase para as hepatites (na medida em que apresentam os piores indicadores de referência clínica). Deve-se, ainda, estimular a articulação dos CTA com a sociedade civil, de forma a ampliar o acesso das populações mais vulneráveis ao diagnóstico e aos serviços de saúde.

9 – Aumentar a oferta de sorologias.

O número de exames realizados nos serviços não está exclusivamente relacionado à estrutura dos mesmos, embora estudos mais detalhados sobre a produtividade e a cobertura dos CTA devam ser realizados para melhor compreensão desse problema. Entretanto, é certo que se pode aumentar a oferta de sorologias com a capacidade existente.

10 – Definir estratégias de divulgação dos CTA.

Deve-se realizar estudo para conhecer as motivações e as necessidades das populações que são usuárias potenciais dos serviços e com isso subsidiar estratégias que estimulem os indivíduos das redes sociais dos usuários, a população geral e as populações vulneráveis a buscar os serviços para diagnóstico e insumos de prevenção.

11 – Reduzir as taxas de abandono na busca de resultados

É preciso reduzir o tempo de entrega dos resultados, utilizando as tecnologias disponíveis. Além disso, é necessário melhorar a resolubilidade no encaminhamento dos pacientes infectados; na oferta, sem barreiras, dos insumos de prevenção da transmissão sexual e pelo uso de drogas e na adequação do espaço físico para acolhimento e aconselhamentos dos usuários.

12 – Ampliar a abrangência do SI-CTA.

A implantação do sistema de informação dos CTA para a gestão e produção de conhecimento sobre a população atendida é deficitária. Um expressivo número de CTA não usa ou não atualizou o SI-CTA, o que compromete a qualidade dos serviços ao dificultar o planejamento e a avaliação das atividades por ele realizadas.

13 – Envolver gestores estaduais e municipais e sociedade civil na resolução de problemas.

Com estratégias para envolver os gestores estaduais e municipais e a sociedade civil na sua reorganização, os CTA poderão aprimorar o seu papel e intensificar a sua contribuição para o acesso ao diagnóstico e à prevenção das DST e aids. Para tanto, deve ser incluída na Política de Incentivo de DST e Aids de estados e municípios a realização de um plano de aprimoramento dos serviços e de formação de seus trabalhadores.

Parte 1: Centro de Testagem e Aconselhamento: um novo equipamento público de saúde

1.1 Acesso ao diagnóstico do HIV

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas para Aids (UNAIDS) têm definido que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV garante o direito dos indivíduos de ter acesso ao tratamento e permite aprimorar as ações de prevenção e da profilaxia da transmissão vertical do HIV (WHO/UNAIDS, 2001). Entretanto, segundo as estimativas da OMS e da UNAIDS, em todo o mundo apenas 0,2% dos adultos dos países de baixa e média renda realizaram o teste e o aconselhamento para o diagnóstico da infecção pelo HIV e 90% das pessoas que querem ser testadas para o HIV não possuem acesso aos serviços de diagnóstico (WHO/UNAIDS, 2004).

No Brasil, em 2004, 28,1% da população adulta (entre 15 e 54 anos) já havia realizado pelo menos uma vez o diagnóstico da infecção (Brasil, 2006a), sendo essa taxa equivalente às observadas em outros países de média e baixa renda, como a África do Sul e a Índia. É inferior, porém, à de outras nações que adotaram estratégias abrangentes para promoção do diagnóstico, como Cuba, Tailândia e Estados Unidos (WHO/UNAIDS/ UNICEF, 2007).

A proporção de pessoas que buscaram o teste anti-HIV no Brasil apresenta significativas variações regionais, por sexo e características socioeconômicas. As maiores taxas de testes encontram-se nas regiões Sudeste (34,9%) e Centro-Oeste (32,2%), entre as mulheres (35%) e indivíduos com maior escolaridade (38,5%). Em contraposição, nas regiões Norte (20,7%) e Nordeste (15,5%), os indivíduos com ensino fundamental incompleto (22,7%) e os homens jovens entre 15 e 24 anos (11,8%) são os que menos realizaram o diagnóstico do HIV (Brasil, 2006a).

Além disso, é baixa a busca de testes por demanda espontânea e 9,2% dos indivíduos realizaram o diagnóstico por terem vivenciado alguma situação vinculada ao risco de infecção. A realização do diagnóstico do HIV associado a outros eventos de saúde é mais freqüente: 27,2% fizeram o teste anti-HIV durante o pré-natal e 23,2% durante a doação

de sangue. Há ainda uma parcela (7,8%) que realizou o teste anti-HIV por solicitação do trabalhado, o que é uma violação dos direitos individuais (França-Junior, 2003).

Entre as pessoas sexualmente ativas, 18% pagaram pelo teste anti-HIV, sendo que entre aqueles que não pagaram pelo teste, 55,6% realizaram o diagnóstico na rede pública de saúde, proporção quase três vezes maior do que os testes realizados nos bancos de sangue (20,8%). Os diagnósticos realizados pelo plano de saúde da empresa representam 8,9% e testes realizados em outros locais, 11%, entre os quais se incluem instituições privadas e locais de trabalho (França-Junior, 2003).

Entre as mulheres sexualmente ativas, 33,6% já haviam realizado o diagnóstico pelo menos uma vez na vida, proporção 28,5% maior do que a dos homens. Quase a metade delas realizou o teste anti-HIV durante o pré-natal (47%), enquanto os homens fizeram ao doar sangue (30%). A proporção de homens que fez o teste por se achar em risco ou por curiosidade é superior em mais de duas vezes (30,2%), quando comparado às mulheres (13,4%) (França-Junior, 2003).

Entre as populações mais identificadas com o risco de infecção pelo HIV a porcentagem de indivíduos testados é substancialmente mais alta do que na população geral. No entanto, 72,7% dos homossexuais (França-Junior et al, 2003), 34,2% dos usuários de drogas injetáveis (Ferreira, 2006) e 63,5% das profissionais do sexo (entre as que não foram incluídas em programas de prevenção) jamais realizaram o teste anti-HIV ¹ (Brasil, 2004).

No que diz respeito à profilaxia da transmissão vertical do HIV, algumas iniciativas provocaram aumento nas taxas de cobertura do diagnóstico e tratamento de gestantes infectadas. A portaria que tornou obrigatória a oferta do teste HIV nos serviços de pré-natal ² (Brasil, 1997a), e a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Parto são dois exemplos. A cobertura nacional, que era de 51,6% em 2002, passou para 63,5% em 2004 e nos serviços de pré-natal a realização do diagnóstico do HIV é duas vezes maior que a observada para a sífilis, exame que, por lei, tem de ser realizado durante o pré-natal (Serruya, 2004). Entretanto, apesar do aumento da cobertura da testagem para o HIV em mulheres grávidas, as taxas observadas no País ainda permanecem mais baixas do que as de diversos países em desenvolvimento, como Botsuana, Ucrânia, Tailândia e Argentina, onde ultrapassam 80% (UNAIDS/World Bank, 2004).

¹ Este percentual é reduzido para 50,8% quando são consideradas as profissionais do sexo incluídas em um projeto de prevenção da transmissão do HIV (Ministério da Saúde, 2004b).

² A Portaria 2.104/GM, de 21.11.2002 – Projeto Nascer. Res. CFM 1665/2003.

1.2 Implantação dos CTA

A política de testagem e aconselhamento em HIV e aids teve início no mundo em 1985, quando a Food and Drug Administration (FDA) licenciou e disponibilizou o primeiro teste para detecção de anticorpos contra o HIV, o Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA). No mesmo ano, foram implantados serviços específicos para testagem no Estados Unidos por meio de financiamentos do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Valdisseri, 1997).

No Brasil, o uso dos testes anti-HIV teve início no mesmo período, tendo sido primeiramente disponibilizados nos serviços de saúde dirigidos ao tratamento de pessoas vivendo com HIV e na rede privada de saúde. Em 1986, com base nos resultados de pesquisas realizadas nos EUA e Europa e na atuação da sociedade civil, tornou-se obrigatória, no Estado de São Paulo, a testagem de todo sangue a ser transfundido. Após 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a triagem sanguínea em bancos de sangue ³ tornou-se obrigatória em todo o território nacional (Secretaria do Estado da Saúde, 2003).

O expressivo aumento do número de novos casos de aids e a existência de um forte preconceito associado à doença fez com que as estratégias de testagem e aconselhamento passassem a ocupar lugar de destaque nas ações de prevenção ao final dos anos 80, com a criação, em 1988, no Rio Grande do Sul, do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do País, seguido, em 1989, da implantação, no município de São Paulo, do atual CTA Henfil.

Aos poucos esses serviços foram se organizando em todas as regiões do País sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolubilidade do diagnóstico do HIV (Brasil, 1993). Recomendava-se que os CTA fossem implantados em locais de fácil acesso para a população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e compostas por equipes próprias e multiprofissionais. As populações prioritárias eram aquelas identificadas com o maior risco de infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

O objetivo era o de interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros; pela absorção de pessoas que procuravam os bancos de sangue para a realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento, do preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento de pessoas vivendo com HIV/aids aos serviços de referência e aos grupos organizados e de base comunitária que atuavam com o tema. As ações de prevenção deveriam ocorrer por meio de atividades educativas e do aconselhamento, que deveriam permitir a reflexão e a adoção de práticas de redução dos riscos relacionados à doença.

Essas recomendações foram sistematizadas em normas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde em 1993, em documento denominado “Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)”.

³ Em 25.1.1988 foi editada a Lei Federal nº 7.649.

A partir dessas normas, o Ministério da Saúde iniciou a política de indução da implantação de novos COAS/CTA no Brasil, visando a estruturar uma rede nacional de serviços de oferta do diagnóstico do HIV à população. O Ministério da Saúde, por esta política, se responsabilizava pelos investimentos necessários à adequação de infra-estrutura física, à aquisição de equipamentos e mobiliários e à capacitação dos profissionais. Os estados e municípios assumiam o compromisso de manutenção das unidades, das equipes e do material de consumo, incluindo a aquisição dos testes sorológicos. A política de financiamento do Ministério ocorreu entre anos de 1994 e 1998, no âmbito do primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (Aids I), que tinha por objetivo fortalecer a resposta nacional à epidemia de aids (World Bank, 1998).

1.3 Universalidade do diagnóstico

Em 1997, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) passaram a ser denominados de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A alteração no nome ocorreu, principalmente, para expressar de forma mais direta à população os objetivos e atividades realizadas pelos serviços (Brasil, 1999 ; Brasil, 1997b).

É o início de um período no qual, diversos fatores concorrem para promover novas formas de organização e funcionamento dos CTA. Dentre esses fatores, destacam-se o surgimento de novos medicamentos para o tratamento da aids; a possibilidade de prevenir a transmissão vertical do HIV; o recrudescimento de outras infecções sexualmente transmissíveis, como a hepatite B; e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na atenção primária e na descentralização da política de saúde (incluindo o componente direcionado ao controle e prevenção do HIV/aids).

As alterações ocorridas na dinâmica da epidemia colocaram na agenda da resposta nacional a urgência de se promover estratégias para ampliar o diagnóstico da infecção pelo HIV na população. A introdução de novos anti-retrovirais para o tratamento de pessoas vivendo com HIV em meados da década de 90, por exemplo, provocou mudanças substantivas na organização da rede de assistência. Passaram a ser prioridades a realização do diagnóstico precoce da infecção, o fortalecimento da rede pública de laboratórios para o monitoramento da evolução da doença e diagnóstico de crianças expostas e a ampliação do número de serviços ambulatoriais para absorver o número crescente de pacientes.

Nesse período, a maioria das pessoas vivendo com HIV era diagnosticada com importante comprometimento do sistema imunológico (Marins et al., 2003), reforçando a importância de estratégias para a ampliação da oferta do diagnóstico do HIV na rede de saúde. Com a redução da mortalidade e da gravidade da infecção, reduzia-se também o estigma e o preconceito associados à doença, o que facilitava à época a incorporação das ações assistenciais e diagnósticas na rede de saúde pública.

Outro fator importante ocorrido em meados da década de 90 foi a divulgação dos resultados do protocolo ACTG 076, que demonstram a eficácia dos esquemas terapêuticos na prevenção da transmissão vertical do HIV (CDC, 1994). Em 1995, o Ministério da Saúde estabeleceu a adoção de tratamento profilático de gestantes a partir da 14ª semana de gestação. A norma era seguida da recomendação aos serviços de saúde para ofertar o

teste anti-HIV às gestantes identificadas com alguma situação de risco para aids. Em 1997, essa diretriz é alterada e a sorologia do HIV passa a ser ofertada a todas gestantes do país (Veloso, 1999 ; Brasil, 1997a). O sistema de saúde se deparou com o desafio de estabelecer o acesso universal ao diagnóstico do HIV por meio dos serviços de atenção ao pré-natal e parto, já que havia uma parcela baixa de mulheres que realizavam o teste durante o pré-natal (Souza et al., 2002).

Foi também, na segunda metade da década de 90, que se tornaram 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 (Bastos e Szwarcwald, 2000; Fonseca, Szwarcwald e Bastos, 2002). A nova tendência foi marcada também pela manutenção das altas taxas de prevalência da doença entre os grupos sociais historicamente afetados pela epidemia, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e profissionais do sexo, assim como por uma importante redução no número de novos casos por transfusão sanguínea, refletindo a qualidade do sangue (Brito, Castilho e Szwarcwald, 2001).

Buscando ampliar o número de pessoas testadas, as diretrizes nacionais se alteraram e o Ministério da Saúde passou a preconizar explicitamente a universalização da oferta do teste anti-HIV na rede pública de saúde, especialmente no âmbito da atenção básica, da saúde reprodutiva e dos serviços de atenção à saúde de populações com maior prevalência do HIV, como aqueles direcionados a pacientes com tuberculose e usuários de drogas injetáveis (Brasil, 1998).

Nesse cenário, o papel dos CTA passou a incorporar duas novas dimensões: subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV e garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis. Para contribuir com a universalidade na oferta do teste anti-HIV, o Ministério da Saúde recomendava que os CTA adotassem procedimentos para flexibilizar a exigência de anonimato dos usuários, atuar na capacitação de profissionais de saúde visando a ampliar a oferta de testes anti-HIV na rede pública de saúde, realizar atividades de prevenção intra e extramuros e apoiar as ações de profilaxia da transmissão vertical. Em relação à equidade, foi reforçada a diretriz de priorização de ações voltadas às populações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços (Brasil, 1999).

A partir de 1999, os recursos para a implantação de novos CTA foram descentralizados para estados e municípios, que passaram a se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços (Brasil, 1998).

Nesse contexto, o Programa Nacional de DST e Aids revisou as Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os objetivos já normatizados anteriormente foram reiterados e o leque das ações oferecidas foi ampliado. Os CTA foram incentivados a desenvolver atividades de adesão de pessoas vivendo com HIV ao tratamento anti-retroviral; a estimular o diagnóstico das parcerias sexuais; a contribuir com os serviços de pré-natal para a testagem de gestantes; e a oferecer informações sobre prevenção de DST/HIV/aids e uso indevido de drogas para grupos populacionais específicos (Brasil, 1999).

Novos princípios organizacionais foram adotados, entre os quais se destacam:

- Maior ênfase na promoção de práticas sexuais seguras, em que o aconselhamento assume papel central na prevenção. Nesse contexto, rompe-se com a rigidez da oferta do aconselhamento nos momentos de pré e pós-teste, recomendando-se que este seja processual e ocorra de acordo com a necessidade e demanda da clientela.
- Oferta de atividades extramuros, propondo a realização de ações de CTA volante, entre outras.
- Flexibilização das formas de identificação e da relação com o usuário. A confidencialidade é mantida, mas o anonimato passa a ser opcional.
- Ênfase na agilidade e na resolutividade, ressaltando a importância de uma recepção acolhedora, encaminhamentos internos rápidos, tempo de espera reduzido e agilidade no retorno dos resultados de exames.
- Reforço à necessidade de instalação dos CTA em locais de fácil acesso, incluindo a possibilidade da implantação de tais serviços em estruturas físicas de outras unidades de saúde, principalmente naquelas para atendimento ambulatorial de DST/aids.
- Definição de espaço físico mínimo exclusivo, sendo que cada serviço deve ter pelo menos salas para recepção, atendimento coletivo e individual e coleta de sangue, além de local para arquivos.
- O número de profissionais deve estar de acordo com a demanda e o conceito que fundamenta o processo de trabalho passa a ser interdisciplinar, ampliando a característica multiprofissional apontada anteriormente.
- Atendimento de usuários encaminhados de outras instituições e não mais apenas os de origem espontânea.
- Recomendação de ajustes dos horários para favorecer acesso aos diferentes segmentos populacionais.
- Fortalecimento das referências estabelecidas para as demandas geradas no atendimento, particularmente as referências assistenciais para portadores do HIV.

1.4 Século XXI: mudanças e desafios dos CTA

No início dos anos 2000, a ênfase nacional é a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços de atenção básica. Os CTA perdem importância relativa e análises indicam que a rede de serviços já estava consolidada, abrangendo os municípios e regiões prioritárias. Além disso, a nova realidade epidemiológica, a redução do preconceito e do estigma, a melhora na qualidade do sangue transfundido e a consolidação da atenção básica não justificavam novos investimentos para a manutenção e ampliação de serviços com as características dos CTA.

Ao mesmo tempo, o diagnóstico da infecção pelo HIV passa a ser uma das principais prioridades da política nacional, definido no plano estratégico nacional e no novo acordo de empréstimo firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial (AIDS II).

Isso provoca uma dupla realidade na organização dos CTA. Por um lado, a política nacional deixa de priorizar normatizações mais abrangentes para orientar a organização dos serviços no âmbito da nova realidade, como, por exemplo, as diretrizes para a articulação desses serviços com os demais níveis de atenção à saúde e a realização das ações de prevenção em comunidade. Por outro, entretanto, iniciativas nacionais continuavam a delegar novas atribuições aos serviços.

Com o prolongamento do período de desenvolvimento da doença, a vigilância epidemiológica dos casos de aids torna-se insuficiente para monitorar tendências da epidemia, ganhando ênfase as estratégias de acompanhamento da infecção pelo HIV, a denominada vigilância de segunda geração (Brasil, 2002a). Os CTA, nesse contexto, passam a ser locais estratégicos de produção de novos conhecimentos sobre o comportamento e as taxas de prevalência do HIV, na medida em que esses serviços concentram, em maior proporção, os casos de recém-infectados e de populações mais expostas ao risco da infecção.

Em 2001, para apoiar o novo papel dos CTA, o Ministério da Saúde inicia o desenvolvimento e a implantação de um sistema de informações específico, o Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) (Brasil, 2002b). Além de informações epidemiológicas, essa ferramenta oferece instrumentos para a gestão do serviço, como o registro de atendimento ao usuário e o controle de amostras de sangue.

No ano de 2003, fatores importantes influenciaram na organização da rede de CTA. Nesse ano é criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTA se tornam estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C (Brasil, 2005a). O Ministério da Saúde realiza um amplo processo de capacitação dos serviços em todo o território nacional e os laboratórios públicos são fortalecidos para a realização dos exames de hepatites.

Também em 2003 é lançada, em âmbito nacional, a campanha “Fique Sabendo” para estimular as pessoas a realizarem o diagnóstico e mobilizar gestores públicos para a organização da rede de serviços e de laboratórios visando a ampliar a oferta do teste anti-HIV nos serviços de saúde.

Nessa época, é implantada a política de incentivo, com o repasse fundo a fundo de recursos para estados e municípios desenvolverem ações descentralizadas de prevenção e controle da aids, definindo como uma das principais metas a ampliação da parcela da população testada. Em 2002, essa política abrangia 26 estados, Distrito Federal e 300 municípios prioritários, que reuniam em torno de 95% dos casos de aids conhecidos no País. (Brasil, 2002c).

Em 2004, os testes rápidos para o diagnóstico do HIV são disponibilizados no País com maior intensidade e a introdução dessa tecnologia nos CTA passa a ser priorizada, para ampliar as taxas de retorno aos serviços (busca pelo resultado do teste) e aumentar a testagem de populações mais vulneráveis com dificuldade de acesso. Inicialmente o teste rápido foi difundido em regiões com menor estrutura laboratorial, como Norte e Nordeste, sendo ampliada a disponibilidade, posteriormente, nas demais regiões do País.

Todos esses fatores contribuíram de forma significativa para a multiplicidade e heterogeneidade nas formas de organização dos CTA, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas, à infra-estrutura existente, à incorporação dos princípios que orientaram a implantação dos serviços e à inserção na rede pública de saúde.

Para fazer frente aos desafios apresentados aos CTA, pesquisas qualitativas e quantitativas têm sido conduzidas no Brasil. Entre as pesquisas qualitativas é relevante citar algumas como: a que analisa as ações educativas realizadas pelos CTA de Santa Catarina (Lohn, 2005) e a que explicita as etapas de atenção vivenciadas pelos usuários de um CTA do Rio de Janeiro, evidenciando a importância do aconselhamento e da humanização do serviço (Silva, 2004). E, ainda, um estudo de caso que buscou analisar os CTA enquanto organização tecnológica de prevenção às DST/HIV/hepatites B e C, no Estado de São Paulo, conforme sua inserção ou não em unidades assistenciais (Wolffenbuttel, 2006).

Já os estudos quantitativos buscaram conhecer a prevalência e a incidência do HIV, destacando o perfil epidemiológico (Jesus, 2006), sociodemográfico e risco dos usuários (Souza, 2000). Alguns estudos buscaram analisar temáticas específicas e relevantes para o enfrentamento da epidemia no contexto desses serviços, como a transmissão materno-infantil do HIV (Araújo, 2006), as falhas na taxa de retorno (Araújo, 2006a), a eficácia do teste rápido (Siqueira, 2000), a verificação de infecção recente do HIV (Oliveira, 2006) (Castro, 2006), o sistema de informação (Cardoso, 2004) e a vulnerabilidade específica das mulheres ao HIV (Luppi, 1997; Filho, 2000). Entretanto, poucos estudos propõem uma avaliação dos CTA com abrangência nacional, realizando um diagnóstico da organização e das ações desenvolvidas por esses serviços no Brasil.

Um dos únicos estudos que propõe uma avaliação mais abrangente dos CTA foi o realizado por Minayo et al (1999) na região Nordeste, por solicitação do Ministério da Saúde. O estudo concluiu que nenhum dos CTA pôde ser considerado excelente e que, do ponto de vista dos gestores e mesmo de outros profissionais de saúde, os serviços não ocupavam um lugar de destaque na rede. No entanto, os CTA ultrapassariam, em concepção e prática, os modelos reducionistas de atendimento.

Para auxiliar no aprofundamento desses conhecimentos sobre os CTA, a pesquisa apresentada nesta publicação inova por sua abrangência nacional e pelo objetivo de analisar a rede de CTA e sua contribuição para promover a universalização do diagnóstico.

O estudo intitulado, “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil” caracterizou os serviços em relação a: (1) cobertura das ações de diagnóstico e prevenção, (2) aspectos estruturais, organizacionais, operacionais dos serviços e (3) população atendida e os tipos de serviço ofertados.

O estudo foi conduzido de forma descritiva e analítica, abrangendo as 27 Unidades Federadas do Brasil, sendo realizado entre agosto de 2006 e janeiro de 2007. Os dados foram obtidos por meio de um questionário estruturado, enviado por correio e autopreenchido por gerentes dos serviços. Participaram do estudo todos os CTA que assim se autodenominaram e/ou eram reconhecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Programa Nacional de DST e Aids. Para a identificação dos serviços foi utilizado o cadastro do Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS) e o das Coordenações Estaduais de DST e Aids.

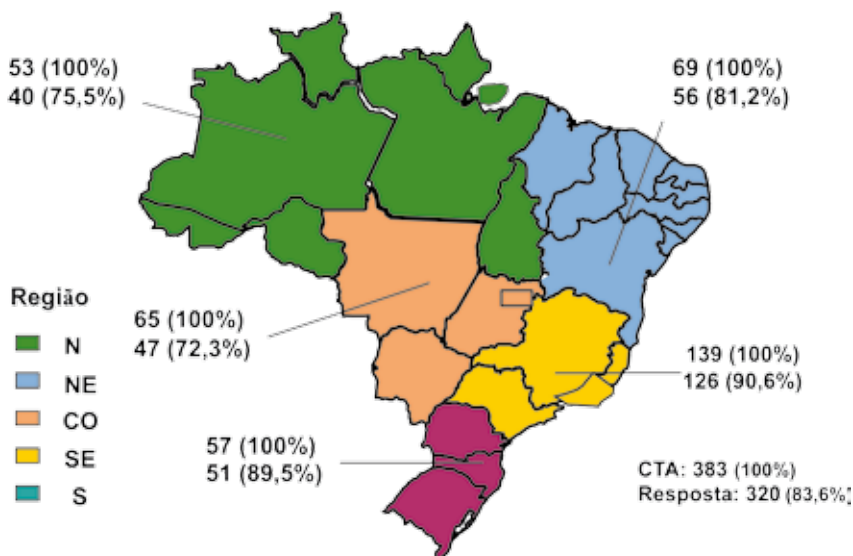
Dos 383 CTA incluídos no estudo, 83,6% (320) responderam o questionário. Algumas informações foram conferidas por telefone, quando apresentavam inconsistências. Os 63 serviços que não preencheram o questionário foram contatados por telefone para responderem a um formulário sintético sobre suas principais características e os motivos de não participação no estudo.

Parte 2: A rede nacional dos CTA: cobertura, características e população atendida

2.1 Implantação dos CTA no Brasil: quantos são e onde estão

Ao todo foram identificados 383 CTA implantados em todo o Brasil (mapa 1). A maior parte na região Sudeste, que reúne 139 unidades implantadas (36,3%). Nas demais regiões o número de serviços não apresenta variação importante, sendo a região Norte aquela com o menor número de CTA: 53 unidades (13,8%). Todos os estados possuem serviços implantados, São Paulo (79) e Mato Grosso (42) apresentam o maior número de CTA, contrastando com Roraima e Rio Grande do Norte, com um serviço cada (tabela 1).

Mapa 1 - Distribuição dos CTA e taxa de resposta à pesquisa, por Região. Brasil, 2006.



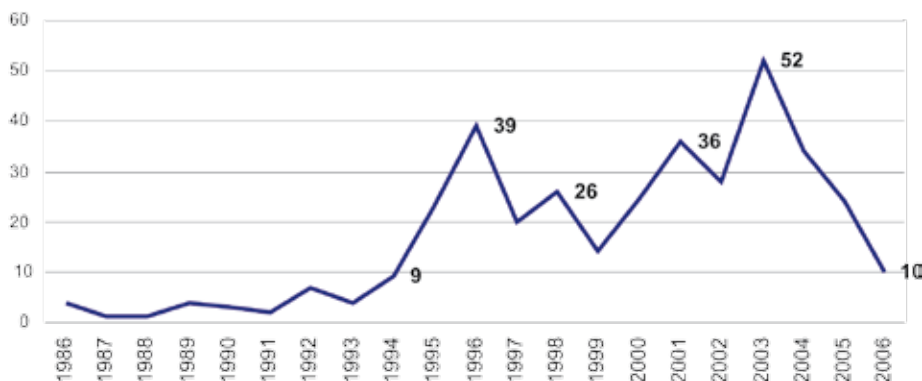
A expansão da rede de CTA no País ocorre em três períodos distintos (**gráfico 1**). Entre 1995 e 1998, claramente vinculada ao Acordo de Empréstimo com Banco Mundial (Aids I), quando o Ministério da Saúde induz a implantação de novos serviços por meio do financiamento de projetos de estados e municípios, principalmente onde a epidemia é mais importante: regiões Sudeste e Sul (World Bank, 1998).

Nesse período, foram implantados 108 CTA. O ano de 1996, inclusive, é aquele que concentra o segundo maior número de CTA implantados em um único ano: 39 novas unidades.

Entre 1999 e 2000, quando 39 novos serviços são implantados, principalmente nas regiões Sul, Norte e Nordeste (**gráfico 1**), observa-se um relativo declínio no número de novos CTA, correspondendo ao início do processo de descentralização da implantação de novos serviços, com recursos e atribuições repassados diretamente aos estados e municípios. Adota-se, também, a diretriz nacional de ampliar a oferta dos testes anti-HIV na rede pública de saúde, motivado pela necessidade de promover o diagnóstico precoce de pessoas vivendo com HIV e fortalecer as ações de prevenção da transmissão vertical.

E, por último, detecta-se entre os anos de 2001 e 2004 o período mais intenso de toda a série histórica analisada, quando são implantados 150 novos serviços. Esse período está relacionado à priorização do diagnóstico do HIV no âmbito da resposta nacional à epidemia de aids, com a intensificação das políticas de prevenção da transmissão vertical - o lançamento do Projeto Nascer Maternidades em 2002 - e o início, em 2003, da campanha Fique Sabendo e da política de incentivo para estados e municípios realizarem ações de DST e aids. Esse ano é o que apresenta o maior número de CTA implantados desde o início da rede em 1986.

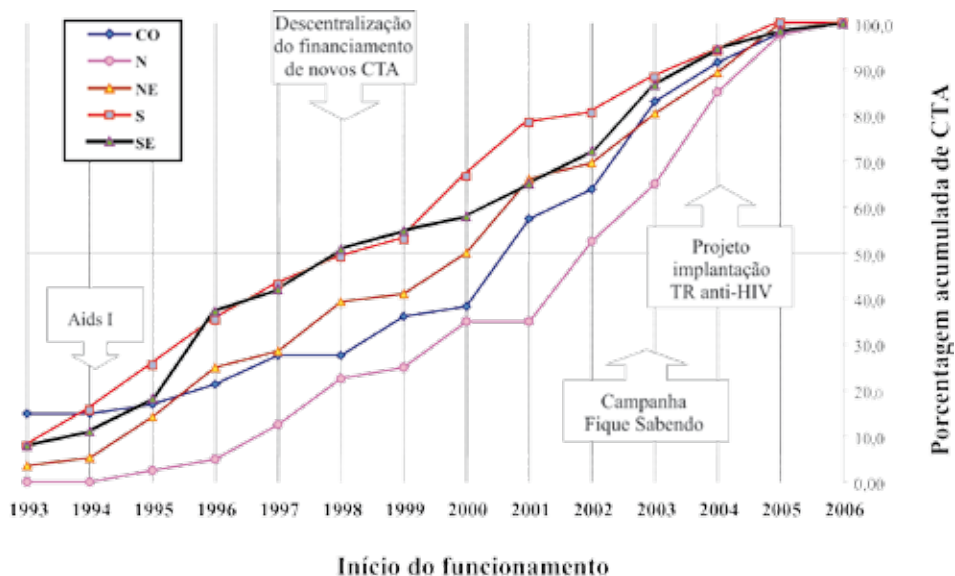
Gráfico 1 - Número de CTA e ano de implantação. Brasil, 2006.



A evolução do número de serviços por ano de implantação variou de forma significativa para cada região, havendo uma associação entre o período de implantação dos CTA, a evolução da epidemia de aids e a resposta para seu controle (**gráfico 2**). Dessa forma, as regiões Sudeste e Sul, que implantaram os primeiros CTA no país, são aquelas que possuem as redes mais antigas e 50% dos serviços existentes foram implantados entre os anos de 1986 e 1998. Essas regiões são também as que apresentam o maior número de casos de aids acumulados no país (Boletim Epidemiológico, 2003), as que reúnem os estados com os primeiros casos de aids diagnosticados no Brasil e as que foram pioneiras na organização dos programas de prevenção e controle de aids (Teixeira, 1997).

As regiões Centro-Oeste e Norte são as que possuem a rede mais nova, sendo que metade dos serviços possui menos de sete anos de existência. Nessas regiões a epidemia teve um início mais tardio, principalmente na região Norte. Essa região, no entanto, tem hoje uma das maiores taxas de crescimento da doença e da mortalidade por aids, especialmente entre as mulheres (Boletim Epidemiológico, 2004).

Gráfico 2 - Distribuição proporcional por região e ano de implantação dos CTA do Brasil. 1993 a 2006.



2.2 Cobertura dos CTA no Contexto da Política de Incentivo para Aids

Metodologia para análise da cobertura da Rede de CTA

Para estimar a cobertura populacional dos CTA e os casos de aids foram considerados como unidade de análise os municípios nos quais estão implantados os 383 serviços identificados pela pesquisa. Foram utilizadas as projeções populacionais e os casos notificados de aids (pessoas com 13 anos ou mais) para o ano de 2005. Para estimar a cobertura foram calculadas as proporções da população e dos casos de aids dos municípios com CTA em relação ao total do país. Calculou-se ainda o número de serviços existentes para cada 1 milhão de habitantes para o conjunto dos municípios com CTA e para o Brasil.

A relação entre local de implantação da rede de CTA e a tendência da epidemia de aids no Brasil foi analisada com base em três parâmetros: as taxas de incidência dos municípios no ano de 2005, a velocidade de implantação da rede de CTA (considerando o tempo existente entre o surgimento dos primeiros casos de aids no município e o ano de implantação do CTA) e a evolução temporal das taxas de cobertura populacional e dos casos de aids. Esses indicadores, quando pertinentes, também foram analisados para o conjunto dos municípios do País, subdividindo-os entre municípios com e sem CTA.

Para a análise das taxas de incidência de aids foram estabelecidas faixas de municípios: os que apresentaram taxas iguais ou superiores à média nacional (25 casos por 100 mil habitantes) foram classificados como de alta incidência; os entre 10 e 24,9 casos por 100 mil habitantes foram considerados de média incidência; e os com taxas inferiores a esses valores foram categorizados como de baixa incidência. Os municípios sem casos de aids no ano de 2005 foram reunidos em um grupo específico.

A evolução das taxas de cobertura e o tempo de implantação dos CTA foram analisados para os anos de 1990, 1998 e 2005. O primeiro corte representa os dez anos da epidemia e a fase inicial de implantação dos CTA no País; já o segundo período compreende o início do processo de descentralização do financiamento de novos serviços. O ano de 2005 é analisado pelo estudo com dados completos para análise da rede de CTA.

A contribuição dos CTA na ampliação do diagnóstico do HIV foi analisada a partir das informações sobre os exames anti-HIV realizados no sistema público de saúde dos municípios com e sem CTA. O número de exames foi calculado para cada mil habitantes, e os dados foram obtidos no DATASUS, por meio do sistema de informação sobre procedimentos ambulatoriais, para o ano de 2005.

As informações dos casos de aids utilizadas neste estudo foram obtidas por meio do Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), considerados os dados consolidados até 30 de junho de 2006. Os dados demográficos e econômicos são provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e da área de Saúde do DATASUS. As informações sobre a política de incentivo procedem de banco de dados cedido pelo Programa Nacional de DST e Aids e são referentes ao ano de 2006.

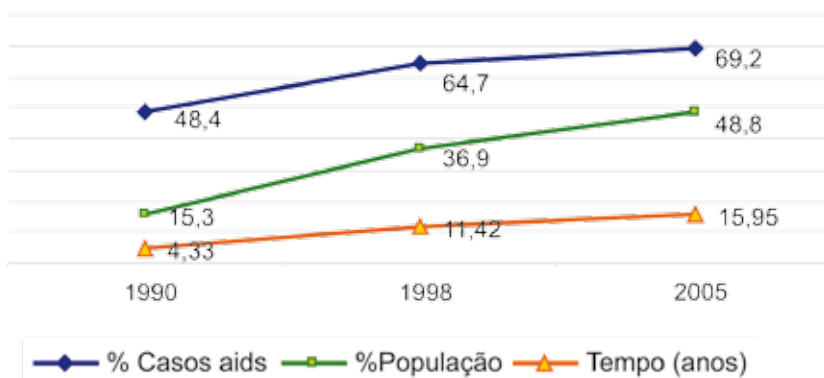
Existem no Brasil 2,33 CTA para cada 1 milhão de habitantes. Os municípios com CTA respondem por 48,9% da população brasileira de 13 anos ou mais e 69,2% dos casos de aids (**tabela 2**). Essas taxas representam uma evolução positiva da cobertura desses serviços entre os anos 1990 e 2005, com taxas crescimento de 3,2 vezes e 1,4 vezes, respectivamente (**gráfico 3**). A partir de 1998, entretanto, esse crescimento vem se desacelerando, fato observado em todas as regiões do País, especialmente nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste.

A desaceleração do crescimento das taxas de cobertura dos municípios com CTA, não está associada à diminuição do número de novos serviços implantados após 1998, na medida em que a maioria dos CTA (60,9%) iniciou suas atividades após esse ano. A desaceleração pode ser compreendida pelo fato de que a implantação dos serviços após

1998 ocorreu, predominantemente, em cidades de menor porte populacional e naquelas que já possuíam CTA. As cidades com até 200 mil habitantes concentraram 68,4% dos serviços implantados após 1998.

Merece destaque, entretanto, o aumento sistemático do intervalo de tempo existente entre o surgimento do primeiro caso de aids no município e a implantação de um CTA nessa região. Em 2005, em média, esse tempo foi de 15,9 anos. No ano de 1990 essa defasagem era menor, situando-se em torno de quatro anos (gráfico 3).

Gráfico 3 - Evolução da cobertura dos CTA por população, casos de aids e tempo de implantação. Brasil, 1990 a 2005.



As taxas de cobertura da rede de CTA não são homogêneas, e as regiões Nordeste e Sul apresentam os piores índices, tanto no que se refere à população quanto aos casos de aids. A proporção da população não coberta pela rede de CTA no Nordeste chega a 61,3%, e 34,0% dos casos de aids na região Sul ocorrem em municípios onde não há a presença dos serviços. No outro extremo encontra-se a região Centro-Oeste, que apresenta a melhor cobertura populacional (58,6%), e a região Norte (77,7%), que possui uma elevada cobertura em relação aos casos de aids. Na região Norte, esse fato pode estar relacionado à concentração da doença em um número menor de municípios do que o observado nas demais áreas administrativas do País (tabela 2).

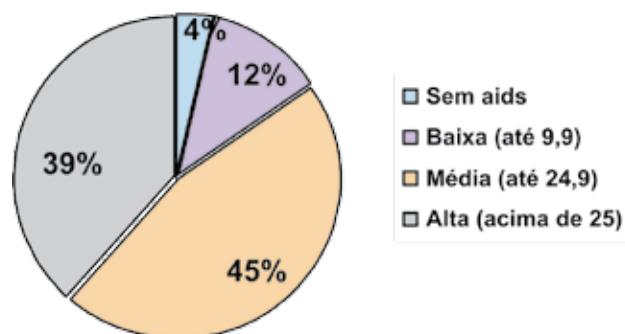
Ao ano, são realizados em média, no Brasil, 23,8 testes anti-HIV por mil habitantes, sendo que, nos municípios com CTA, esse número é 2,4 vezes mais alto do que em locais sem a presença dos serviços (43,7 e 18,6 testes/mil habitantes, respectivamente) (tabela 2).

Na região Centro-Oeste, os municípios com CTA realizam 5,2 vezes mais testes anti-HIV no SUS do que aqueles sem CTA, sendo o maior índice observado entre todas as regiões analisadas. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul são aquelas que mais realizam testes anti-HIV por habitantes - 53,7 testes/mil habitantes e 48,7 testes/mil habitantes, respectivamente (tabela 2).

A implantação dos CTA ocorreu, predominantemente, em municípios que apresentam taxas de incidência média e alta (86,1%) e 70,8% dos CTA estão localizados em cidades com incidência superior à média observada para o País em 2005, de 18,2 casos de aids por 100 mil habitantes. Conseqüentemente, a taxa de incidência de aids nas cidades com

CTA é 1,4 vezes maior do que nas localidades sem a presença do serviço. Apesar da alta concentração dos CTA em municípios onde a epidemia é mais intensa, em dez cidades com serviços não houve relato de casos de aids no ano de 2005 (tabela 2 e gráfico 4).

Gráfico 4 - Municípios com CTA por faixa de incidência de aids. Brasil, 2006.



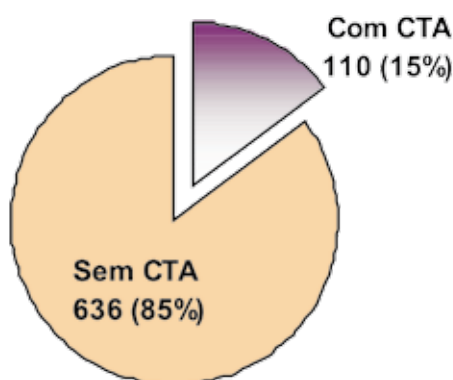
Metodologia para a análise dos CTA segundo a política de incentivo

Foi tomado como universo de análise o conjunto de municípios prioritizados pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de controle de DST e aids no País, ou seja aqueles incluídos na política de incentivo. São 427 municípios que reúnem, segundo o Programa Nacional de DST e Aids, 90% dos casos de aids do país e foram selecionados a partir de critérios epidemiológicos, demográficos e de estrutura de serviços de saúde.

Esse conjunto de municípios foi dividido entre os que possuem e os que não possuem CTA. Para cada grupo foram analisados indicadores relacionados às seguintes dimensões: (1) incidência e tempo de epidemia no município; (2) proporção de recursos provenientes da política de incentivo para aids que são aplicados na prevenção e assistência e o número de testes anti-HIV por 1 milhão de habitantes; (3) PIB per capita, IDH e esperança de vida ao nascer; e (4) gastos públicos com saúde, cobertura dos serviços de atenção básica e o número de consultas médicas e de procedimentos ambulatoriais por habitante.

No entanto, uma parcela representativa dos municípios prioritários para o controle da aids e aqueles classificados com alta prevalência não possui serviços instalados: 85,3% das cidades com mais de 25 casos de aids por 100 mil habitantes em 2005 e 48,9% municípios incluídos na política de incentivo do Ministério da Saúde não possuem CTA (gráfico 5 e tabela 3).

Gráfico 5 - Municípios com alta incidência do HIV e presença de CTA. Brasil, 2005.



A não implantação de CTA em parte expressiva de municípios prioritários para a prevenção e controle das DST e aids pode estar sendo determinada pelo fato desses municípios apresentarem indicadores de estrutura de saúde relativamente mais frágeis do que os municípios com CTA.

Nessas localidades, por exemplo, os indicadores de cobertura do Programa de Saúde da Família são os piores e é menor o número de atendimentos realizados na atenção básica para DST e aids, de procedimentos ambulatoriais não-básicos e de consultas médicas por habitante (tabela 3).

Os municípios prioritários que não têm CTA possuem, contudo, melhores indicadores sociais do que aquelas cidades que implantaram o serviço, como pode ser observado pelas diferenças existentes no IDH-M, na esperança de vida ao nascer e na mortalidade infantil (tabela 3).

Esses dados sugerem, portanto, que uma maior estruturação da rede de saúde está associada à implantação dos CTA nos municípios que optaram por essa estratégia. Importante ressaltar, neste contexto, que a dimensão da epidemia e as características da resposta municipal à aids, medidas neste estudo pela taxa média de incidência da doença e a proporção dos recursos da política de incentivo investidos na assistência e prevenção, não contribuem para diferenciar os municípios com e sem CTA, na medida em que não estão associadas a um grupo ou a outro (tabela 3).

As cidades incluídas na Política de Incentivo do Ministério da Saúde e não cobertas pela rede de CTA concentram-se nas regiões Sudeste e Sul do País (92,9%), sendo que a primeira reúne 69,9% dos municípios sem CTA (tabela 3).

Outro aspecto relevante é que 62 municípios (22,1%) que possuem CTA não estão incluídos entre aqueles classificados como prioritários para a política nacional de DST e aids. São municípios com taxas de incidência inferiores a das demais cidades, localizados, especialmente, nas regiões Norte e Nordeste (59,7%). Em sua maioria, ocorreu o primeiro caso de aids registrado após 1995 (tabela 3).

Essas cidades apresentam, ainda, os piores indicadores sociais, sendo que, em comparação com os demais municípios, possuem PIB e IDH-M inferior, taxa de mortalidade infantil 1,4 vezes maior e estrutura de saúde mais deficitária, tendo destaque o reduzido número de médicos por população.

2.3 Inserção dos CTA na rede pública de saúde e porte dos serviços

Em sua maioria, os CTA brasileiros possuem gestão municipal (87,2%) e encontram-se inseridos na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (81,9%), especialmente em serviços de assistência especializada em HIV/aids (40,9%), unidades básicas de saúde (21,6%) e serviços de atenção secundária, como centros diagnósticos, hospitais e policlínicas (19,4%) (tabela 4). A inserção dos CTA nas unidades de saúde está refletindo as diretrizes do Ministério da Saúde de ampliar a oferta do teste anti- HIV na rede pública de saúde, fato que, em tese, facilita a articulação dos CTA com os demais níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS. Os demais CTA, 18,1%, estão vinculados diretamente aos Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids ou à Vigilância Epidemiológica (tabela 4).

O Porte dos serviços

Os CTA foram classificados segundo o porte dos serviços, considerando para tanto o número de testes anti-HIV realizados.

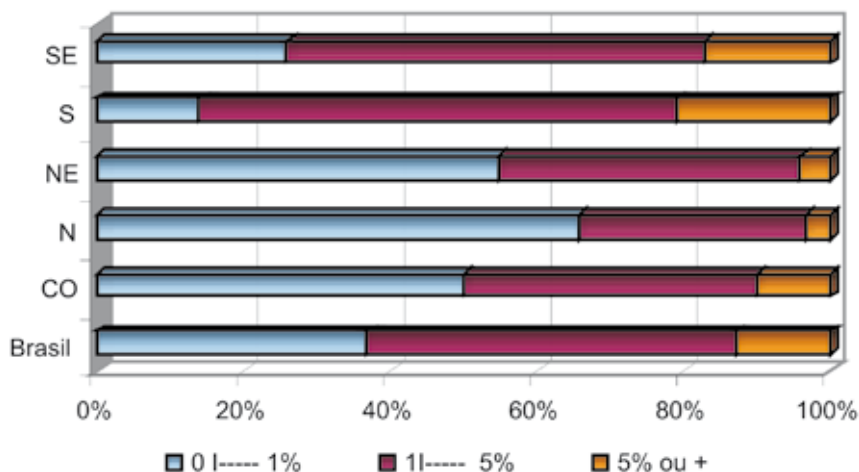
1. Foram considerados pequenos aqueles que realizam até 1.200 testes anti-HIV por ano, representando uma média de 5 testes por dia.
2. Os CTA classificados como de porte médio realizam entre 1.201 e 3.600 testes por ano, o que equivale à execução média de 6 a 15 testes por dia.
3. Os CTA considerados de grande porte realizam mais de 3.601 testes por ano, ou seja, uma média superior a 16 atendimentos por dia para a realização do diagnóstico do HIV.

A rede nacional de CTA é caracterizada por serviços de pequeno e médio porte, sendo que 81,9% deles realizam em média até 15 testes anti-HIV ao dia. Aqueles que realizam de 6 a 15 testes/dia, considerados de médio porte, compreendem 41,1% dos serviços e os que realizam uma média menor de 5 testes/dia, totalizam 40,8% dos serviços. Os menores serviços são mais prevalentes nas regiões Centro-Oeste (50%) e Sudeste (47,9%), enquanto os de grande porte, que representam 18,1% das unidades implantadas, são mais importantes nas regiões Norte (27,3%) e Nordeste (30,8%). Ao todo, os CTA realizaram no ano de 2006, 630.046 testes de HIV ⁴ (tabela 5).

A prevalência do HIV varia significativamente entre os serviços, sendo que 63,1% dos CTA apresentam taxa de prevalência igual ou superior a 1%, ou seja, maior que o observado na população brasileira de 15 a 49 anos ⁵. Metade dos CTA pesquisados possui taxas de prevalência entre 1% e 5% e 12,7% entre 5% e

25%. Os serviços com taxas de prevalência inferiores a 1% estão concentrados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste e estão associados ao atendimento prioritário de gestantes e população geral. Já aqueles que apresentam os índices mais elevados estão nas regiões Sul e Sudeste, onde a epidemia é mais antiga e há a predominância de atendimento das populações mais vulneráveis e aquelas referidas por serviços ambulatoriais e especializados (tabela 5 e gráfico 6).

Gráfico 6 - Prevalência do HIV em CTA por Região. Brasil, 2006.



⁴ Informação referente a 282 CTA que responderam à questão sobre quantidade de testes realizados.

⁵ A taxa de prevalência do HIV em 2004 na população de 15 a 49 anos era de 0,6% (Ministério da Saúde, 2005)

2.4 A clientela dos CTA

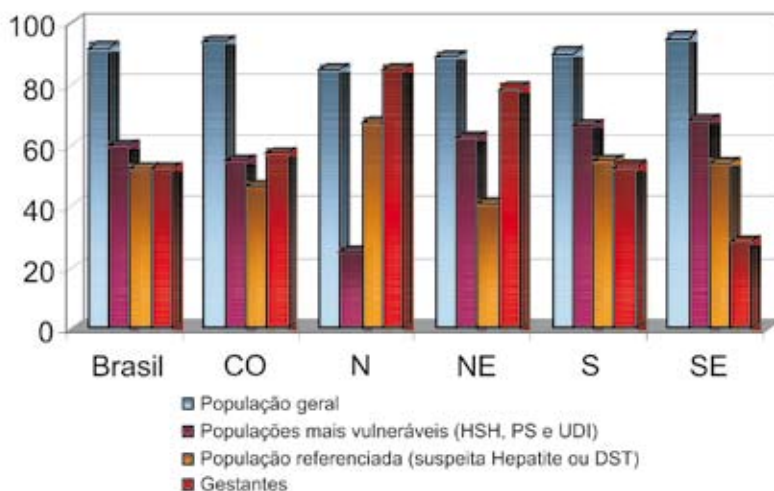
2.4.1 População atendida e origem da demanda

A população constitui a principal clientela dos CTA e 60,9% dos serviços relatam essa população como a mais atendida. Quando os dados são analisados considerando as três principais clientelas atendidas, a população geral é mencionada por quase todos os serviços, 91,9% (tabela 5 e gráfico 7).

As gestantes ocupam um espaço importante nos CTA e 52,5% dos serviços as mencionam como uma das três populações mais atendidas. Esse segmento é, no Brasil, o segundo que mais utiliza os CTA de forma prioritária, atrás apenas da população geral. Esse fato ocorre com maior intensidade no Norte (85,0%) e Nordeste (78,6%) (tabela 5 e gráfico 7).

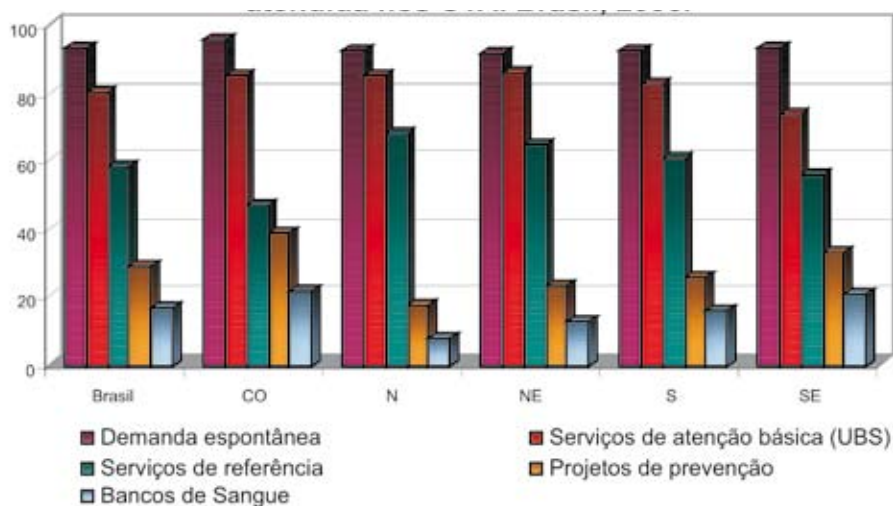
As populações mais vulneráveis à infecção, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas, são citados como um dos três segmentos mais atendidos por 59,7% dos serviços. Proporção que cai para 52,5% em relação aos portadores de DST, hepatites e HIV (tabela 5 e gráfico 7).

Gráfico 7 - Três principais grupos populacionais atendidos no CTA. Brasil, 2006.



As populações mais vulneráveis estão entre os segmentos prioritários nas regiões Sudeste (68,3%) e Sul (66,7%); já as gestantes, nas regiões Norte (85%) e Nordeste (78,6%); e os portadores de DST, hepatites e portadores de HIV e seus parceiros, na região Norte (67,5%) (tabela 5).

Em 92,8% dos CTA a origem da clientela atendida é constituída especialmente por demanda espontânea. Em seguida encontram-se os encaminhamentos da rede de atenção básica (80,3%) e dos serviços do nível secundário (58,1%). As proporções de CTA que são referência para projetos de prevenção de DST e aids e para bancos de sangue é relativamente baixa, representando somente 29,1% e 16,9% dos serviços, respectivamente. (gráfico 8 e tabela 5).

Gráfico 8 - Três principais origens da população atendida nos CTA. Brasil, 2006.

2.4.2 População atendida pelo CTA e o perfil epidemiológico municipal

O estudo observa a incompatibilidade entre o perfil epidemiológico dos casos de aids do município e a clientela atendida nos CTA. Menos de 40% dos CTA em municípios com proporções mais elevadas de casos de aids entre HSH e UDI atendem prioritariamente essas populações (**gráfico 9**). No que se refere à população de HSH, a inadequação é maior nos municípios de menor porte populacional que não estão integrados à política de incentivo e que apresentam taxas de incidência média. As regiões que apresentam as menores taxas de adequação são Nordeste e Sul (**tabela 6**).

Metodologia para a análise da clientela segundo o perfil epidemiológico de aids dos municípios

Para a comparação entre o perfil da clientela atendida nos serviços e o perfil da epidemia nos municípios foram priorizadas as populações de gestantes, de homens que fazem sexo com homens e de usuários de drogas injetáveis. A análise do atendimento das populações vulneráveis buscou avaliar o grau de incorporação destes segmentos entre aqueles mais atendidos nos serviços. Para as gestantes, o objetivo foi conhecer e caracterizar os serviços que estão atuando prioritariamente com essa população, definindo, assim, o papel dos CTA na prevenção da transmissão vertical do HIV.

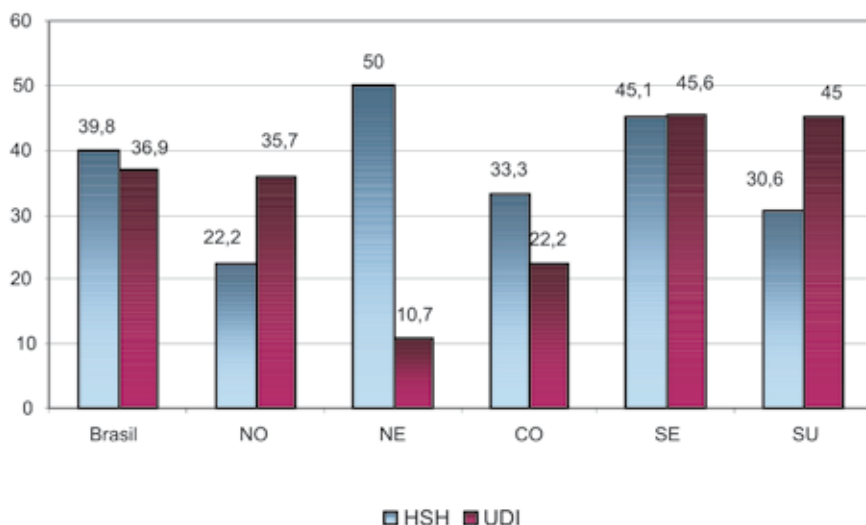
Para a análise do atendimento das populações vulneráveis, os municípios com CTA foram divididos em dois grupos, considerando os casos de aids registrados no período de 2000 a 2005: os que apresentam proporções abaixo e acima das proporções médias de casos de aids existentes nas regiões do país entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis. Posteriormente, as informações sobre os dois grupos foram comparadas com as populações mais atendidas nos CTA. Para homens que fazem sexo com homens foi considerada a referência dos serviços às três populações mais atendidas; para os usuários de drogas injetáveis, que são em menor número, foram consideradas as referências às cinco principais populações atendidas nos serviços.

Para as gestantes, os CTA foram subdivididos entre aqueles que atendem este grupo de mulheres e os que não atendem. Esses dois grupos foram analisados com base nos seguintes indicadores: porte do município, proporção de casos de transmissão vertical por mulheres acima de 13 anos, de cobertura de saúde reprodutiva, e realização do teste anti-HIV no SUS.

Em relação aos usuários de drogas injetáveis, os CTA localizados em municípios com população variando entre 200 mil e 500 mil habitantes e que possuem incentivo financeiro para ações de prevenção e controle das DST e aids são os que mais atendem a essa população (**tabela 7**).

Em contrapartida, o tipo de inserção dos CTA na rede pública de saúde e as taxas de incidência dos casos de aids não estão associados ao atendimento prioritário dos usuários de drogas em municípios onde essas populações possuem maior importância epidemiológica.

Gráfico 9 - CTA de municípios com proporção de casos de aids acima da média regional entre HSH e UDI e que atendem prioritariamente esses segmentos. Brasil, 2006.



Metade dos CTA cita as gestantes entre as três populações mais atendidas. Esses serviços estão implantados em municípios que apresentam indicadores de saúde reprodutiva piores do que aqueles que não atendem prioritariamente gestantes. Nos municípios que atendem prioritariamente as gestantes, 49,5% das mães não realizaram o número recomendado de sete consultas de pré-natal, e 12,8% não fizeram o número mínimo de quatro consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A mortalidade infantil e materna são também mais alta nesses municípios (**tabela 8**).

A taxa de transmissão vertical nos municípios que atendem e nos que não atendem gestantes nos CTA é estatisticamente semelhante, sugerindo que o atendimento das gestantes nos CTA atenua o impacto negativo da rede de saúde reprodutiva na prevenção da transmissão vertical do HIV (**tabela 8**).

O atendimento prioritário de gestantes ocorre com mais frequência nos municípios de menor porte, especialmente em cidades de até 99 mil habitantes. Situação inversa ocorre em relação à incidência de aids: os municípios com taxas maiores de casos de aids são os que menos atendem prioritariamente as gestantes (**tabela 9**).

Os CTA que atendem gestantes são também mais prevalentes em municípios que não estão incluídos na política de incentivo. São os que investem menos na área da saúde e os que estão inseridos predominantemente na atenção básica, o que colabora com a hipótese de o atendimento das gestantes nos CTA ocorrer em articulação com o programa de saúde reprodutiva, cabendo aos CTA o papel de realizar o diagnóstico do HIV (tabela 9). Há de se questionar se essa forma de organização da rede traz benefícios às gestantes e garante a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e prevenção da transmissão vertical.

2.5 Discussão: desafios para ampliação do acesso ao teste anti-HIV

A presença da rede de CTA em municípios com maior incidência da doença demonstra que a implantação dos serviços ocorreu em conformidade com a evolução da epidemia de aids no País. No entanto, a extensão da rede é limitada. Parte expressiva dos municípios com as maiores taxas de incidência ou que são prioridades do Ministério da Saúde no controle da aids, não possui CTA. Por um lado, esse fato reforça a importância da rede de CTA para promover o diagnóstico do HIV em cidades onde a epidemia é mais importante. Por outro, demonstra que a limitação da rede de CTA, apontada no estudo, não permite que as ações de ampliação do diagnóstico para a população sejam conduzidas exclusivamente a partir da rede nacional de CTA.

Adicionalmente, a cobertura populacional da rede é inferior a 50%. Para universalizar o diagnóstico e a prevenção das DST e aids no Brasil será necessário associar estratégias de ampliação da rede de CTA com o desenvolvimento de atividades preventivas e diagnósticas em outros níveis e programas de saúde.

Essa articulação é facilitada pelo grande número de CTA inseridos na rede de assistência à saúde, especialmente na atenção básica, nos ambulatórios e nos serviços especializados. Isso permitirá, inclusive, associar com maior eficiência as estratégias de universalização e de promoção da equidade no acesso ao diagnóstico do HIV na rede pública de saúde.

Mesmo nos municípios com CTA há espaço para ampliação das atividades desenvolvidas, na medida em que uma expressiva parcela dos serviços realiza menos de 15 testes anti-HIV por dia, como demonstra a pesquisa.

As regiões Nordeste e Sul merecem atenção especial uma vez que apresentam as mais baixas taxas de cobertura, as mais altas taxas de crescimento da epidemia e a maior proporção da população sem jamais ter realizado o diagnóstico do HIV (Brasil, 2006).

O aumento do período entre a implantação dos CTA e o surgimento dos primeiros casos de aids no município restringe a contribuição que esses serviços podem ter na antecipação do controle da epidemia. Isso ocorre especialmente a partir de 1998 e pode estar associado a duas situações: a primeira diz respeito à mudança do papel e da importância relativa dos CTA para universalizar o teste anti-HIV na rede pública de saúde, ocorrida no final dos anos 90 e que levou os gestores a não priorizarem a implantação de novos serviços. A redução do número de CTA criados entre 1999 e 2000 reforça essa hipótese.

A segunda situação refere-se à descentralização do processo de implantação de novos CTA, a partir de 1998. É natural que depois de iniciado o processo, os gestores municipais e estaduais precisem de um tempo para incorporar as novas atribuições. No caso específico dos CTA, a análise sugere que essa incorporação se deu após alguns anos, motivada pela necessidade de ampliar a oferta do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com o fortalecimento das ações de prevenção da transmissão vertical e a realização da campanha “Fique Sabendo”. Novos estudos, entretanto, devem ser realizados para avaliar o impacto do processo de descentralização da gestão na oferta do diagnóstico do HIV e das ações de controle da aids.

Em relação ao número de exames anti-HIV por habitantes, os resultados da pesquisa sugerem que o diagnóstico da infecção nas cidades sem CTA ocorre com menor frequência do que nos municípios abrangidos pelos serviços.

O estudo não permite atribuir aos CTA o aumento do número de exames anti-HIV realizados no SUS. Pode-se, entretanto, estabelecer a hipótese de que a implantação dos CTA esteja associada à prioridade municipal de promover o diagnóstico do HIV e à maior estruturação da rede de saúde nesses municípios.

A realização de um número maior de procedimentos para DST e aids na atenção básica, observada nos municípios incluídos na política de incentivo e com CTA, e os piores indicadores de estrutura de saúde nos municípios que não implantaram CTA e que estão incluídos na política de incentivo, podem reforçar a hipótese construída.

É necessário aprimorar as ações dos CTA para garantir o acesso prioritário das populações mais vulneráveis e com maior prevalência do HIV. O baixo grau de compatibilidade entre a clientela mais atendida e o perfil epidemiológico dos municípios pode ser reflexo da inexistência de práticas adequadas de acolhimento e atendimento de populações mais vulneráveis nos serviços. Ou ainda das características das populações, que, por causa dos processos de estigma e exclusão, tendem a não procurar serviços de saúde de forma preventiva. Os CTA em municípios pequenos e não incluídos na política de incentivo do Ministério da Saúde são os que apresentam, com mais intensidade, essa incompatibilidade. Portanto, merecem atenção especial, na medida em que possuem menor capacidade gerencial, técnica e financeira para buscarem as soluções necessárias.

Em relação às gestantes, os dados da pesquisa sugerem que o atendimento nos CTA está associado à fragilidades da rede de atenção ao pré-natal e parto e à inserção dos CTA na rede de atenção básica. Embora se recomende que o atendimento das gestantes ocorra de forma integral nos serviços de saúde reprodutiva, a rede de CTA está cumprindo um papel estratégico em alguns locais, permitindo o acesso de gestantes às ações de profilaxia da transmissão vertical. Essa realidade, no entanto, não é desejável e contraria as normas existentes de atenção integral à saúde da gestante e do recém-nascido e de profilaxia da transmissão vertical do HIV.

O atendimento prioritário de gestantes nos CTA pode estar contribuindo para limitar a capacidade dos serviços de promover o acesso de populações mais vulneráveis ao diagnóstico e à prevenção. Os programas de aids e de saúde da mulher necessitam criar mecanismos para oferecer o diagnóstico da infecção do HIV e sífilis nos serviços de pré-natal, preferencialmente ligados à rede de atenção básica, possibilitando a transferência gradual das gestantes hoje atendidas nos CTA.

Parte 3: Organização e funcionamento dos CTA

3.1 Perfil dos CTA

O perfil dos CTA foi estudado a partir de: (a) descrição da estrutura, organização e atividades realizadas pelos serviços, e (b) análise da heterogeneidade dos serviços que compõem a rede nacional de CTA. As informações foram analisadas para o Brasil e para cada uma das cinco macrorregiões.

A descrição do perfil dos CTA busca identificar as características que definem a estrutura e as formas de organização dos serviços, analisando os aspectos que dificultam ou facilitam o desenvolvimento de atividades relacionadas às atribuições dos CTA. Para tanto, foram estudadas três dimensões: o acesso dos usuários aos serviços; características estruturais e organizacionais e atividades de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento das DST. Foram utilizados como parâmetro os indicadores do Ministério da Saúde para os CTA, como, por exemplo, o tempo de entrega de resultados, a taxa de retorno, o espaço físico mínimo e o perfil da equipe profissional. Foram também definidos indicadores compostos para a análise da resolubilidade dos serviços nas áreas de diagnóstico do HIV, acesso aos serviços e preservativos, e gestão.

Para a análise de associação entre os fatores estudados utilizou-se o teste de qui-quadrado e, para a comparação de grupos, o teste T ou ANOVA, complementado por comparações múltiplas por método de Bonferroni, para o caso da comparação de medidas contínuas.

Após a caracterização dos perfis tecnológicos dos CTA, os mesmos foram analisados segundo o padrão de ocorrência geográfica; o período de implantação e inserção na rede de saúde; o contexto socioeconômico e de saúde de cada município; e indicadores de resolubilidade dos serviços na oferta do diagnóstico e de insumos de prevenção. Essas análises tiveram por objetivo avaliar fatores que contribuem para a definição de cada perfil tecnológico, tendo sido utilizado o teste de qui-quadrado e a análise de resíduo (Zres). A análise de resíduo permite identificar os perfis em que a característica analisada ocorre em excesso ($Z_{res} > 1,96$) ou em falta ($< -1,96$). Para a definição dos perfis tecnológicos utilizou-se a análise de agrupamento k-means (Pereira, 2001).

O estudo da heterogeneidade teve por objetivo caracterizar grupos de CTA conforme as diferenças existentes entre os serviços. Os grupos homogêneos identificados foram denominados de “Perfil Tecnológico dos Centros de Testagem e Aconselhamento”. Cada grupo apresenta uma identidade própria, definida por sua forma de organização, características da clientela atendida e estrutura disponível. Quatro perfis foram identificados: promoção da saúde, atenção integral, assistencial e básico.

3.2 Acesso aos serviços

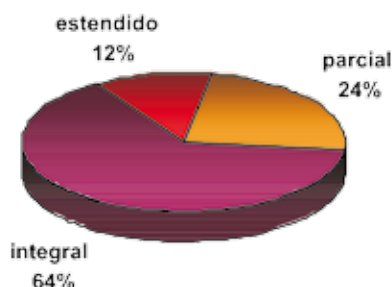
3.2.1 Período de atendimento

O horário de atendimento 'estendido', recomendado pelo Ministério da Saúde, garante a abertura dos serviços após as 18 horas e/ou aos finais de semana. Esse fato facilita o acesso de populações mais vulneráveis e de trabalhadores aos CTA, segmentos populacionais que encontram dificuldades para frequentar em horário comercial.

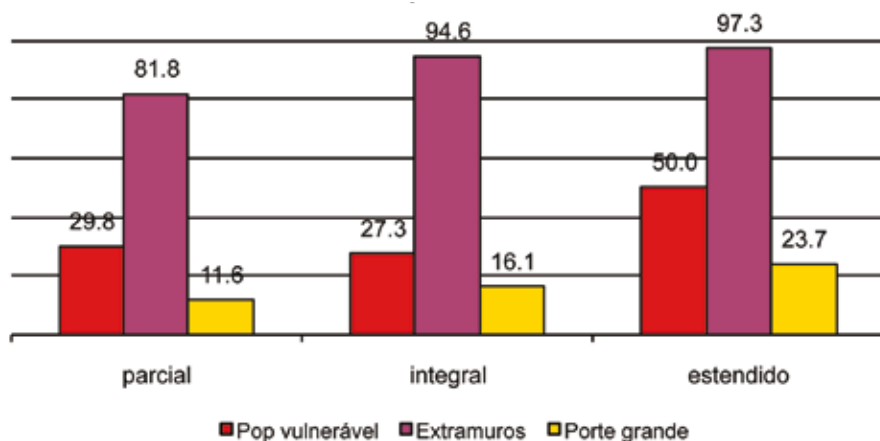
O atendimento ao público em tempo integral (manhã e tarde) ocorre na maioria dos CTA, sendo que 64,2% deles estão abertos entre 8 e 10 períodos por semana. Somente 11,9% dos CTA realizam atendimento noturno ou nos finais de semana, denominado na pesquisa de “atendimento estendido” (gráfico 10 e tabela 4).

O atendimento estendido é mais frequente na região Sudeste, que possui 24,6% dos CTA funcionando nesse regime de trabalho. Na região Norte, em contrapartida, não há nenhum serviço com essa característica. O período noturno e o fim de semana são considerados mais adequados para facilitar o acesso de populações mais vulneráveis e de trabalhadores aos serviços, minimizando dificuldades que esses segmentos possuem para terem acesso à saúde (tabela 4).

Gráfico 10 - Horário de atendimento dos CTA. Brasil, 2006.



Os serviços que funcionam em horário estendido são aqueles que mais atendem proporcionalmente populações vulneráveis (50% deles citam esses segmentos populacionais entre os três mais atendidos). São também os que mais realizam atividades de prevenção extramuros (97,4%) e os que possuem um maior volume de testes anti-HIV realizados, sendo classificados como de grande porte (23,7%) (gráfico 11).

Gráfico 11 - Período de atendimento do CTA por população, atividade e porte. Brasil, 2006.

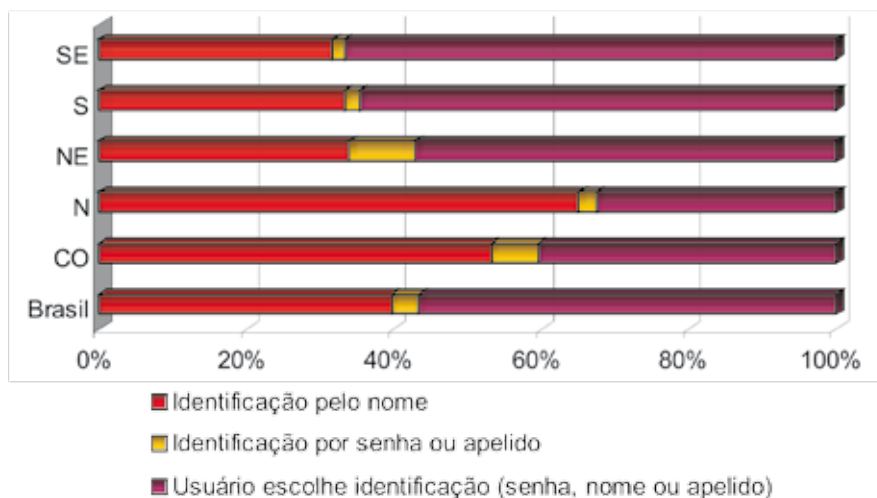
O atendimento parcial, que inclui serviços realizados em até sete períodos semanais, é observado em 54,1% dos CTA. Em sua maioria, estes serviços atendem somente em um período do dia, sendo 66,2% somente durante a manhã e 11,7% somente à tarde. As populações mais referidas entre as duas mais atendidas nesses serviços são a população em geral (85,7%) e as gestantes (55,8%). As regiões Norte e Centro-Oeste são as que apresentam as maiores proporções de serviços nessas condições, 40% e 31,9% respectivamente (tabela 4).

3.2.2 Direito ao anonimato

A recomendação do Ministério da Saúde de permitir que o usuário escolha se quer realizar o exame anti-HIV de forma anônima não está sendo adotada por 43,4% dos serviços. A maioria exige a identificação dos usuários (tabela 10).

Esse alto percentual chama a atenção pelo fato do anonimato ser um dos princípios básicos que justificam e fundamentam a implementação desses serviços no mundo, minimizando os efeitos negativos do preconceito associado à aids. Outros 3,8 % permitem somente o acesso dos usuários ao teste anti-HIV de forma anônima (gráfico 12 e tabela 10).

Desde 1999, o Ministério da Saúde recomenda que os CTA não adotem a obrigatoriedade do anonimato ou da identificação dos usuários como requisito para o acesso aos serviços. As opções devem ser oferecidas aos usuários. A possibilidade do anonimato reduz o efeito do preconceito e estigma nas ações de promoção do diagnóstico precoce da doença.

Gráfico 12 - Critérios de identificação dos usuários em CTA. Brasil, 2006.

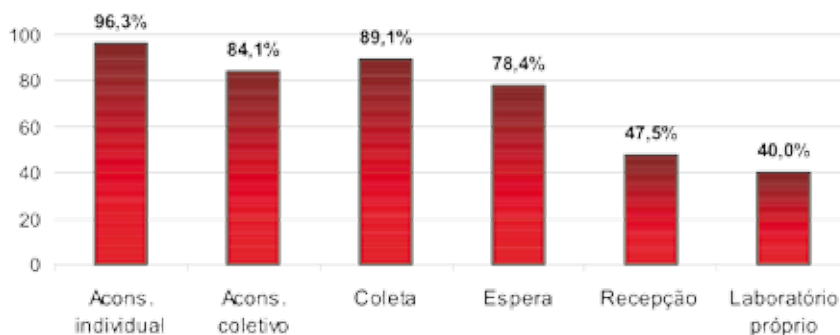
Um das hipóteses para compreender a alta proporção de serviços que não oferecem a possibilidade de anonimato é a prática recorrente nos serviços de saúde de exigir documentos como pré-requisito para o atendimento dos indivíduos. Tanto que os CTA que estão inseridos nas unidades básicas de saúde são aqueles que mais adotam esse procedimento, (60,9%). Esse percentual é de 27,6% nos serviços que não estão inseridos em outras unidades de saúde.

Pesquisas realizadas nos CTA demonstram que parte expressiva dos usuários desses serviços não prioriza o anonimato para realizar o teste anti-HIV (Minayo et al, 1999). Entretanto, essa informação não pode ser uma justificativa para impor a obrigatoriedade de identificação como única forma de acesso a serviços com princípios similares aos dos CTA. Em outras palavras, a oferta do anonimato pode colaborar para que se alcance a missão de promover a equidade e a inclusão de populações mais vulneráveis nos serviços e, por isso, é importante que se garanta aos usuários o direito de escolher realizar a testagem de forma anônima ou identificada.

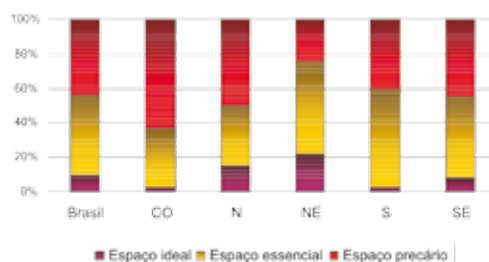
3.3 Características estruturais e organizacionais

3.3.1 Espaço físico

A avaliação da estrutura física dos CTA apresenta uma dualidade. A maioria dos CTA do Brasil (68,8%) possui o espaço essencial para o funcionamento dos serviços: salas para aconselhamento individual, aconselhamento coletivo, coleta de material biológico e ambiente de espera (gráfico 13). Entretanto, apenas 15% dos serviços pesquisados possuem o que poderia ser considerado como espaço ideal para o funcionamento de um CTA: recepção exclusiva, salas de espera, de aconselhamento individual, de reunião ou aconselhamento coletivo e de coleta (tabela 11).

Gráfico 13 - Espaço físico dos CTA. Brasil, 2006.

Pouco mais de 30% dos CTA possuem estrutura física precária para o desenvolvimento das atividades diagnósticas e de prevenção preconizadas para os serviços. Isso ocorre em maior proporção na região Centro-Oeste do País, onde 42,6% dos serviços não possuem a infra-estrutura necessária (gráfico 14)

Gráfico 14 - Disponibilidade de espaço físico dos CTA. Brasil, 2006.

3.3.2 Equipe profissional

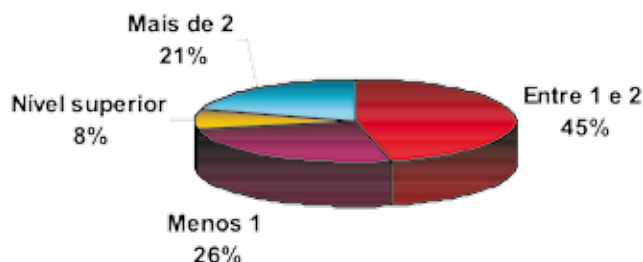
As equipes dos CTA são marcadas por uma presença importante de profissionais de nível superior. Em 24 CTA há apenas profissionais de nível superior, e, em 214, há mais profissionais de nível superior do que de nível médio. Desse universo, 148 CTA apresentam entre 1 e 2 profissionais de nível superior, para cada um de nível médio (gráfico 11).

Os enfermeiros (76,6%), os psicólogos (72,5%) e os assistentes sociais (64,7%) são os profissionais mais presentes nos serviços. Pouco mais da metade (53,8%) dos CTA também conta com a presença de médicos, característica que pode estar associada à inserção dos mesmos em outros serviços da rede de saúde, especialmente a de atenção secundária (gráfico 16 e tabela 12).

A proporção de CTA com até 7 profissionais encontra-se em desacordo com as recomendações do Ministério da Saúde adotadas em 1993 (Ministério da Saúde, 1993). Essa recomendação prevê um número mínimo de quatro profissionais de nível superior para a realização da atividade de aconselhamento, dois profissionais responsáveis pela coleta e dois recepcionistas. Já a recomendação do Ministério da Saúde de 1999 atribuiu a responsabilidade pela definição do número de funcionários a cada serviço, conforme a extensão e a complexidade das atividades realizadas.

A predominância dos profissionais universitários nos serviços pode ser compreendida pelas atribuições, formas de organização e tamanho dos serviços, que demandam um número menor de atividades de apoio do que outros tipos de serviço de saúde. Mesmo o acompanhamento clínico de portadores de DST, que tem sido facilitado nesses serviços pela presença de médicos, não exige um número importante de profissionais com formação técnica e de nível médio. Outro fator que pode contribuir para o menor número de profissionais de nível médio é o compartilhamento das equipes com as unidades de saúde nas quais estão inseridos. Essas unidades podem ter assumido a responsabilidade pelas atividades de apoio, como recepção e coleta de sangue, hipótese reforçada pela informação de que somente 47,5% dos serviços possuem recepção própria (gráfico 13).

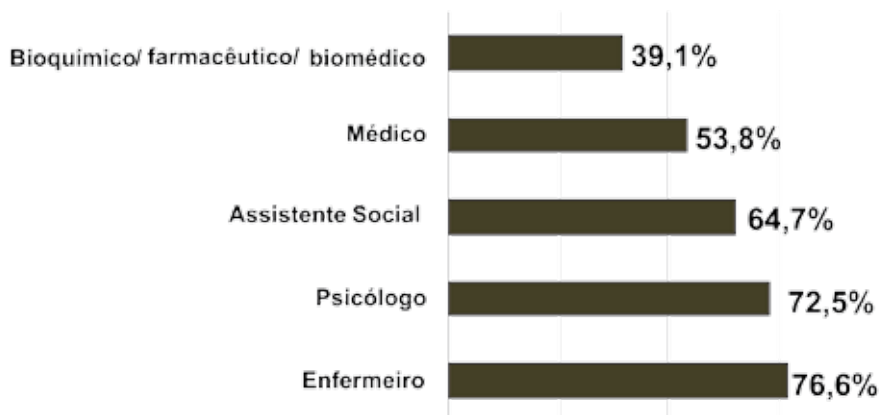
Gráfico 15 - Relação entre profissional de nível superior e nível médio/técnico. Brasil, 2006.



Há de se ressaltar, contudo, que o número reduzido de profissionais de nível médio exerce influência na forma de organização e desenvolvimento de atividades. Por exemplo, somente 12,5% dos serviços desenvolvem atividades de prevenção com a presença de agentes de saúde e 8,8% com redutores de danos (tabela 12).

Outro aspecto relevante é que 18,7% dos CTA não possuem profissionais com formação técnica para realizar a coleta de sangue, como técnico/auxiliar de enfermagem e/ou técnico de laboratório. O impacto negativo dessa circunstância pode estar sendo minimizado pela atividade de enfermeiros e de profissionais das unidades de saúde a que estão vinculados, ou para onde os usuários são encaminhados para a coleta de sangue. Em 8,1% dos serviços não há nem a presença de enfermeiros ou de outros profissionais com formação técnica para a coleta de sangue (tabela 12).

Gráfico 16 - Composição da equipe dos CTA. Brasil, 2006.



Por outro lado, chama a atenção o número de serviços (39,1%) que têm profissionais com formação na área de análise laboratorial, como bioquímicos, farmacêuticos e biomédicos (**gráfico 16**), proporção que é mais elevada nas regiões Norte e Nordeste (55% e 57,1%, respectivamente) (**tabela 12**). Esse aspecto pode estar relacionado à expansão do uso de teste rápido para o diagnóstico do HIV nos CTA, nessas regiões.

O tamanho das equipes dos serviços varia significativamente, sendo que 40% têm até 7 profissionais e 21,9% mais do que 14. Além disso, 33,1% dos CTA não possuem 4 profissionais de nível superior, como preconizado pelo Ministério da Saúde (**tabela 12**).

Os dados demonstram ainda que os profissionais dos CTA têm recebido capacitações. Apenas 7% dos serviços possuem trabalhadores não capacitados para exercer suas funções. Adicionalmente, no último ano, 91,9% dos serviços tiveram algum profissional capacitado em temas relacionados às suas atividades (**tabela 12**), como aconselhamento (64,4%), hepatites virais (65,3%), SI-CTA (43,4%), abordagem sindrômica das DST (40,3%), redução de danos (21,9%), teste rápido anti-HIV (27,2%), entre outros.

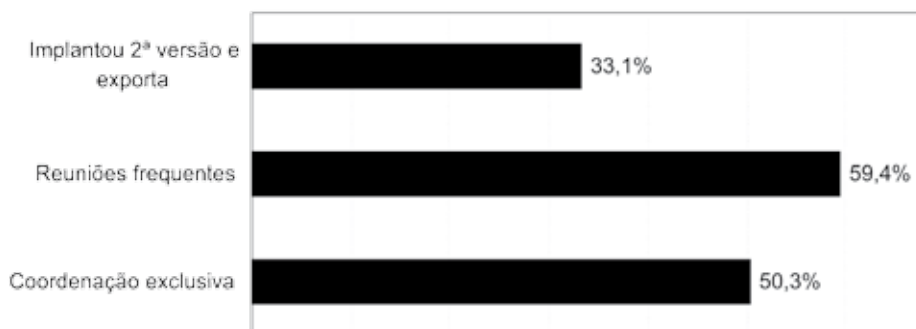
3.3.3 Gerência e instrumentos de gestão

Para a análise da capacidade gerencial existente nos serviços foram considerados três aspectos: coordenação dos serviços, reuniões de equipe e o uso de sistemas de informação (**gráfico 17**).

Em 50,3% dos CTA, a coordenação é exercida pelo profissional que pertence à equipe dos serviços, com dedicação exclusiva ou associando a coordenação a outras atividades do próprio CTA. Em contrapartida, parcela semelhante dos CTA (47,6%) é gerida por profissionais que exercem também a função de coordenador municipal de DST e aids (28,8%) ou de gerente da unidade de saúde (18,8%) na qual o CTA está inserido. Merece destaque o fato de 2,2% dos serviços não terem coordenação própria (**tabela 4**).

As reuniões de equipe ocorrem com frequência (inferior ou igual) mensal em 59,4% dos CTA e 22,2% dos serviços não promovem reuniões, o que pode comprometer o planejamento das ações, a padronização de procedimentos e o compartilhamento das decisões, entre outras atividades essenciais à boa qualidade do atendimento (**gráfico 17 e tabela 4**).

Gráfico 17 - Gerência e instrumentos de gestão. Brasil, 2006.



No início dos anos 2000 o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema informatizado (SI-CTA) específico para a gerência dos CTA e para a análise de informações epidemiológicas da clientela atendida. A implantação do sistema deveria ocorrer por adesão dos serviços e os dados transferidos para os três níveis de gestão do SUS. Para incentivar sua implantação, as coordenações estaduais e municipais de aids e profissionais dos CTA receberam treinamento do Ministério.

Para a avaliação do uso de sistemas de informação gerencial e epidemiológica considerou-se a implantação do SI-CTA. O sistema não foi implantado, em nenhuma de suas versões, em 36,2% dos serviços do País. A versão mais atualizada, a 2.0, não está sendo utilizada em 60,6% dos CTA (tabela 11).

A adoção de sistemas com padronização de informações possibilita aos serviços compreenderem seu universo ao compará-los a outras realidades. Isso permite a identificação de aspectos positivos e negativos da organização e funcionamento dos

CTA, o planejamento das ações executadas pelos mesmos e a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais em populações usuárias dos serviços.

A transferência de dados para as diferentes esferas de gestão está sendo realizada por 33,1% dos serviços. O Sul é a região que mais implantou a versão 2.0 do SI-CTA (51%). A falta de informação pode limitar a capacidade de gestão das redes estadual e nacional dos CTA. Aparentemente, a deficiência na implantação do SI-CTA não está relacionada à disponibilidade de computadores, uma vez que 85,6% dos CTA do Brasil possuem o equipamento (tabela 11).

Considerando os três aspectos analisados em relação à gestão dos CTA, observamos que apenas 20,6% dos serviços podem ser considerados com gestão adequada, por atenderem aos seguintes requisitos: a) coordenação realizada por um membro da equipe; b) reuniões com periodicidade inferior a um mês, e c) utilização de sistema de informação padronizado. A gestão adequada dos serviços está associada ao maior acesso e à priorização no atendimento de populações vulneráveis ($p < 0,000$) (tabela 13).

3.4 Atividades dos CTA

3.4.1 Diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites

A oferta de exames diagnósticos de triagem e confirmatório do teste anti-HIV ocorre em quase todos os CTA, com exceção de dois serviços dos 320 pesquisados (gráfico 18). Há 19 CTA (5,9%) que utilizam a metodologia do teste rápido, boa parte deles localizada na região Norte (37,5%) (tabela 14).

Os testes de triagem para sífilis e hepatites estão disponíveis em um número menor de serviços. O VDRL, utilizado na triagem de sífilis, é realizado em 87,5% das unidades. Já o diagnóstico para hepatite B, empregando o HBsAg ou anti-HBc, é encontrado em 65,3% dos serviços (tabela 14).

A sorologia para hepatite C (anti-HCV) é a menos ofertada, correspondendo a 69,4% dos CTA analisados. Em relação aos exames para diagnóstico das hepatites B e C, a região que menos oferece é a Norte (37,5%) e a que mais oferece a Sudeste (78,6%) (tabela 14).

A proporção dos serviços que disponibilizam um conjunto de sorologias para o diagnóstico das três doenças é inferior à frequência dos serviços que ofertam cada um dos testes diagnósticos. Somente 25% dos CTA disponibilizam todas as sorologias de triagem e confirmatório para HIV, sífilis e hepatites e, somente 65,6%, o conjunto mínimo de sorologias, que corresponde à triagem e confirmatório para HIV e triagem para sífilis e hepatites. A baixa proporção de oferta do conjunto mínimo está relacionada à menor disponibilidade do exame de triagem para hepatite C, encontrado em menos de 70% dos serviços (tabela 14).

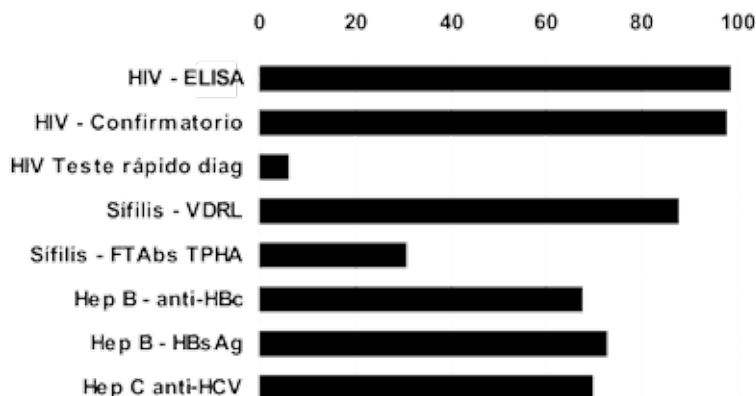
A disponibilidade do conjunto mínimo de sorologias está fortemente associada às regiões e aos estados do País, sendo que a Sudeste e o Estado de São Paulo são aqueles que apresentam a maior concentração de serviços com a oferta desse cardápio de sorologias. A região Norte e os estados de Pernambuco e do Rio Grande do Sul são os mais deficientes (gráfico 19). Outros fatores analisados, como o período de implantação, porte dos serviços e a inserção na rede de saúde, não apresentam associações significativas com a oferta do conjunto mínimo de sorologias nos CTA ($p > 0,05$).

A principal atribuição dos CTA é a oferta de exames sorológicos para o diagnóstico de doenças, respeitando os princípios de amplo acesso aos usuários agilidade na entrega dos resultados e resolubilidade, definida como o encaminhamento formal para serviços de saúde dos casos diagnosticados ou que necessitam de elucidação diagnóstica.

Considerando estes aspectos, foi avaliada a oferta de um conjunto de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C; tendo por referência dois cenários: a) conjunto mínimo: exames de triagem e confirmatório para HIV e somente de triagem para sífilis e hepatites B e C; e b) conjunto completo: exames de triagem e confirmatório para todo o elenco de doenças, com exceção da hepatite C, que tem disponível somente o exame de triagem.

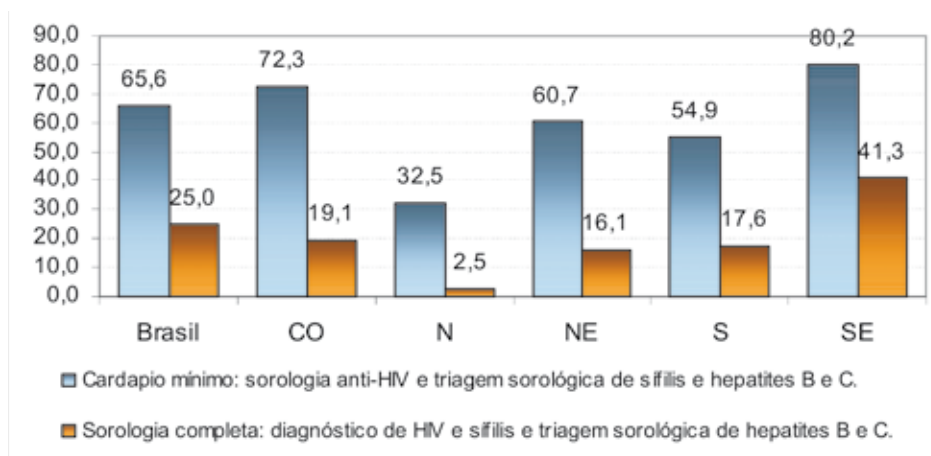
Para HIV foram considerados os exames de Elisa, imunofluorescência e/ou Western Blot, para sífilis o VDRL e o TPHA ou FTA-Abs, para hepatite B HBsAg e anti-HBc e hepatite C o anti-HCV.

Gráfico 18 - Sorologias ofertadas nos CTA. Brasil, 2006.



A reduzida oferta do conjunto completo de sorologia está relacionada a pouca utilização de exames treponêmicos (TPHA ou FTA-Abs) para o diagnóstico da sífilis (30,6%) (tabela 18). A disponibilidade do conjunto completo de sorologia está associada às regiões e ao ano de implantação dos serviços. Os CTA mais antigos, implantados até 1998, e os da região Sudeste são os que mais ofertam todas as sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites. Já os CTA do Norte e aqueles implantados entre 1999 e 2002 são os que menos ofertam o conjunto completo ($p < 0,05$).

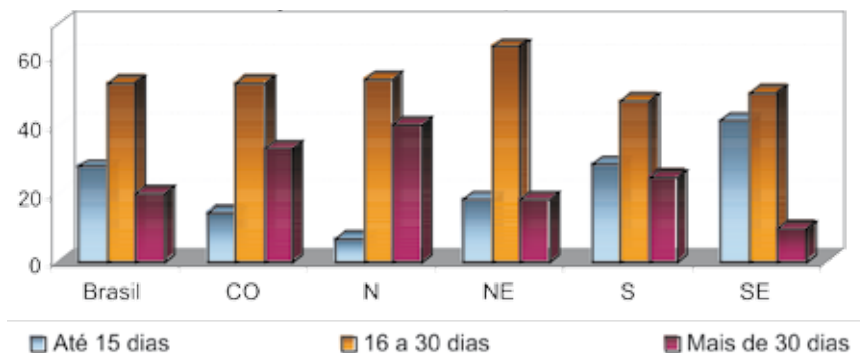
Gráfico 19 - Cardápio sorológico disponibilizado nos CTA. Brasil, 2006.



3.4.2 Resolubilidade na oferta do diagnóstico: tempo de entrega dos resultados, taxa de retorno e referência clínica

- **Tempo de entrega**

A falta de agilidade na entrega dos resultados é um problema recorrente em todo o País, tanto para resultados de ELISA, quanto para o confirmatório, no caso do HIV. Apenas metade dos serviços entrega o resultado negativo do teste anti-HIV em até 15 dias. E somente 27,8% entregam os confirmatórios nesse mesmo tempo. Em relação ao ELISA, as regiões Norte e Centro-Oeste são as que mais demoram, com taxas de retorno em até 15 dias inferiores a 40%. Uma menor proporção dos CTA nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste entrega os exames confirmatórios num prazo de até 15 dias, sendo que 8,1% de todos os CTA demoram mais de 30 dias para a entrega dos resultados de triagem e 20,1% do confirmatório ([gráfico 20 e tabela 14](#)).

Gráfico 20 - Tempo de entrega do diagnóstico anti-HIV pelos CTA. Brasil, 2006.

A taxa de retorno dos usuários para receber o diagnóstico do HIV é superior a 75% em 64,6% dos serviços e superior a 90% em pouco menos de um quarto dos CTA. 5% dos serviços admitem perdas significativas de usuários, com taxas de retorno inferiores a 50% (tabela 14).

Para a análise dos fatores associados às baixas taxas de retorno, considerando os 35,3% dos CTA que possuem taxas inferiores a 75%, foi realizada regressão de Cox (Barros e Hirakata, 2003). Apenas três variáveis entraram no modelo, selecionadas por apresentarem significância estatística no teste de qui-quadrado: a prática de reuniões regulares no serviço, a realização de busca ativa para usuários com o resultado do exame anti-HIV positivo e tempo de retorno para entrega do resultado maior que 30 dias (tabela 15). Outros fatores relacionados à estrutura e à organização dos serviços não apresentaram significância na análise univariada.

Na análise multivariada, a prática de reuniões regulares e a busca ativa com a autorização verbal ou escrita do usuário perderam significância estatística quando analisada em conjunto com os demais fatores. Dessa forma, os CTA que entregam os resultados de exame com mais de 30 dias, mostraram 1,8 mais de chance de apresentarem taxa de retorno dos usuários inferiores a 75%, comparando-se aos demais CTA.

Os significados inerentes ao ato de realizar o teste anti-HIV ajudam a compreender a relação entre baixa taxa de retorno e a demora na entrega do resultado. Entre esses significados encontram-se os sentimentos relacionados à possibilidade do diagnóstico positivo de uma doença sem cura e com expressiva carga de estigma. Além disso, a decisão de realizar um teste é um ato vinculado a um momento, sendo que apenas 10% da população que realiza o teste anti-HIV refere tê-lo feito por prevenção ou por exposição ao risco de infecção (França-Junior, 2003).

A demora na entrega dos resultados é um estímulo à desistência ou à decisão de não realizar o teste do HIV. Perde-se, portanto, a oportunidade de realizar o diagnóstico no momento em que o indivíduo deseja, o que pode contribuir para o diagnóstico tardio da infecção e, conseqüentemente, para o aumento das taxas de mortalidade por aids.

Recentemente, o Ministério da Saúde adotou norma que recomenda a abordagem consentida em serviços que ofertam o diagnóstico do HIV (Brasil, 2007), definindo

parâmetros e sistemáticas para preservar a privacidade dos usuários. Essa norma pode harmonizar a prática de busca ativa nos CTA e obter, com isso, resultados mais favoráveis nas taxas de retorno. Recomenda-se que a implementação dessa estratégia seja monitorada. Vale ressaltar que, segundo os achados dessa pesquisa, a redução do prazo de entrega dos resultados é a principal estratégia para aumentar as taxas de retorno nos CTA.

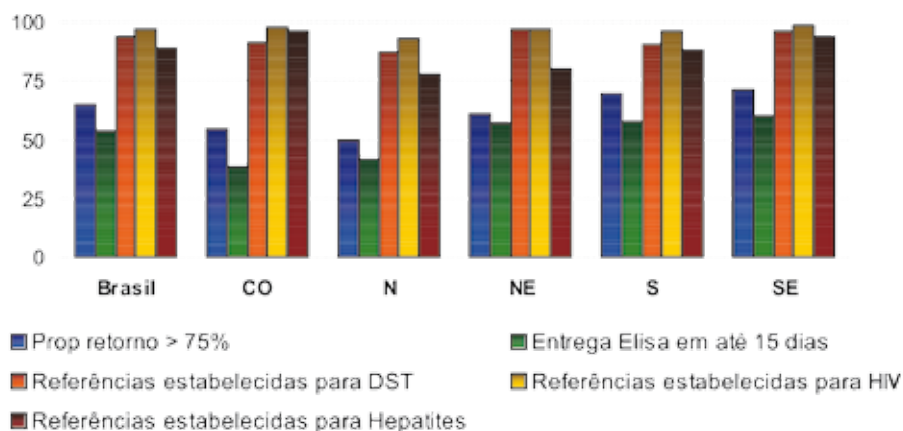
- **Referências assistenciais**

Serviços assistenciais para os usuários com exames positivos encontram-se estabelecidos na maioria dos CTA, excetuando-se as referências para hepatites, não mencionadas por 13,1% dos serviços (gráfico 21). O serviço de referência para pessoas vivendo com HIV/aids é existente em 98,8% dos CTA, e para portadores de DST, em 93,4% (tabela 16). A ausência de referências assistenciais compromete a resolubilidade dos CTA, uma vez que os pacientes infectados permanecem sem acesso ao tratamento e às ações de prevenção. Importante enfatizar que 31,2% dos serviços, apesar de possuírem referência estabelecida, relatam que os mecanismos de encaminhamento são informais ou precários.

- **Resolubilidade dos serviços**

Somente 32,2% dos CTA foram considerados por esta pesquisa como serviços resolutivos por entregar os resultados para o HIV (ELISA e confirmatório) em até de 15 dias, possuir uma taxa de retorno superior a 75% e ter referência instituída para aids, DST e hepatites (gráfico 21).

Gráfico 21 - Indicadores de resolubilidade na oferta do diagnóstico do HIV em CTA. Brasil, 2006.

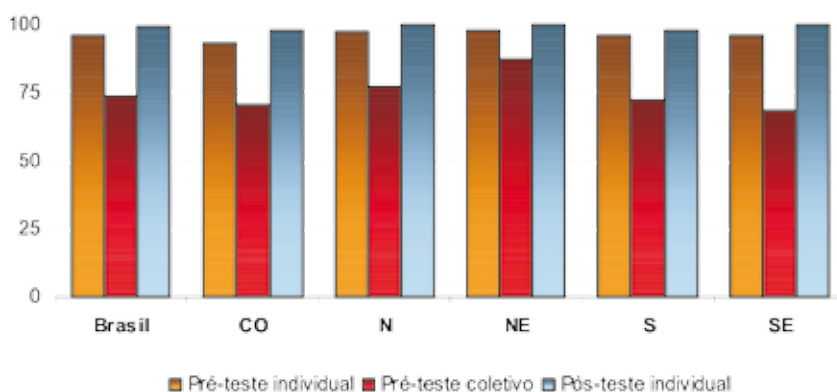


Os serviços menos resolutivos, que apresentam deficiência em dois ou mais indicadores (gráfico 22), estão implantados predominantemente no Norte, região com as proporções mais baixas em todos os indicadores analisados. São também menos resolutivos os CTA que possuem equipes com um número inferior a sete profissionais, ou seja, que não atendem ao número mínimo de funcionários recomendado pelo Ministério da Saúde na norma de 1993 ($p < 0,05$).

Gráfico 22 - Resolubilidade dos CTA na oferta do teste anti-HIV. Brasil, 2006.

3.4.3 Aconselhamento

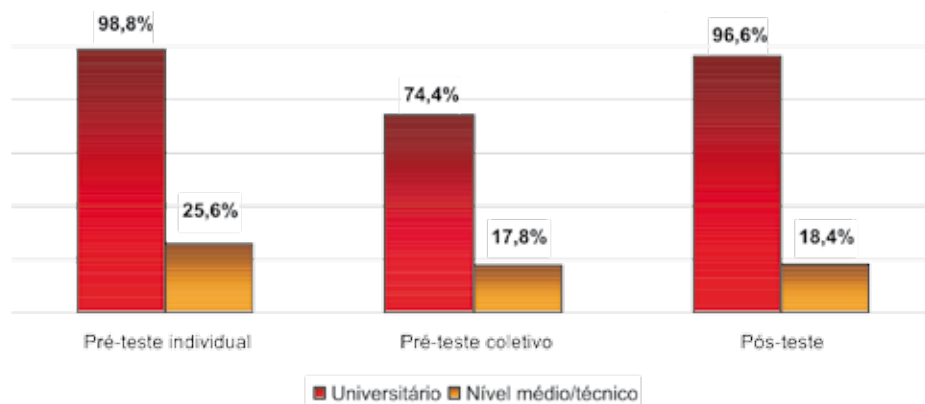
Os CTA implantados no país oferecem o aconselhamento pré-teste individual (96,3%), coletivo (73,8%), e aconselhamento individual pós-teste (99,4%) (**gráfico 23**). A obrigatoriedade de realizar o aconselhamento antes da realização das sorologias ocorre em 80,3% dos serviços e em 7,2% não é exigido o aconselhamento pós-teste para a entrega dos resultados (**tabela 10**).

Gráfico 23 - Tipos de aconselhamento realizado nos CTA. Brasil, 2006.

Os aconselhamentos pré e pós-teste têm sido realizados, prioritariamente, por profissionais de nível universitário. Contudo, em pelo menos 30,6% dos CTA, a prática de aconselhamento é realizada por profissionais de nível médio/técnico. No pós-teste esse percentual é de 18,4% e no pré-teste individual 25,6% (**gráfico 24** e **tabela 10**). Estas atividades estão sendo executadas por técnico e auxiliar de enfermagem, técnico de laboratório, agentes comunitários de saúde e redutores de danos. A pesquisa observa que

a ocorrência dessa prática não está relacionada à falta de profissional nem ao perfil da equipe ou das atividades realizadas. As proporções de serviços que realizam as atividades de aconselhamento com profissionais de nível médio/técnico não variam conforme o tamanho da equipe, a proporção de profissionais de nível superior nos serviços e a realização de atividades de prevenção extramuros.

Gráfico 24 - Formação dos profissionais que realizam aconselhamento nos CTA. Brasil, 2006.



O Ministério da Saúde define o aconselhamento como uma atividade realizada por profissionais de nível superior, entretanto, a mudança na forma de organização dos CTA, especialmente com o desenvolvimento de atividades preventivas e a participação de agentes comunitários em atividades de promoção à saúde, podem ter contribuído para uma redefinição do papel dos profissionais de nível médio/técnico nos CTA.

Cabe lembrar que os manuais internacionais sobre o aconselhamento no campo das DST/aids, desde 1990 – incluindo aqueles que serviram de referência para a elaboração dos documentos nacionais sobre o tema – assinalam que, para além de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, outras pessoas consideradas estratégicas no campo da prevenção deveriam ser capacitadas para a prática do aconselhamento em seus diferentes contextos (incluindo o contexto do diagnóstico anti-HIV). Entre eles são citados: educadores, membros da comunidade (tais como líderes comunitários e religiosos), membros de grupos de auto-ajuda e de outras organizações não-governamentais (Pupo, 2007).

Todos os manuais referem que, independentemente da formação original do aconselhador (nível médio ou superior), esse deve passar por uma capacitação específica para exercer a prática do aconselhamento em DST e aids (WHO, 1990 ; WHO, 1995a ; WHO, 1995b).

Assim, dado que o envolvimento da população e de profissionais de nível técnico e médio em ações de prevenção e cuidado tem sido mundialmente visto como uma estratégia potencialmente viável e de baixo custo para o oferecimento de serviços (particularmente para grupos populacionais com dificuldade de deslocamento e de adesão aos serviços existentes), vários estudos internacionais tem demonstrado a viabilidade de indivíduos sem nível superior (adequadamente capacitados) serem preparados para oferecer

aconselhamento efetivo e de qualidade dentro do campo das DST e aids (Cabral, Galavotti, Gargiullo, et.al., 1996 ; Dolcini, Canin, Gandelman, et.al., 2004 ; kamb, Dillon, Fishbein, et.al., 1996).

Nessa perspectiva, várias pesquisas também indicam que materiais didáticos sobre a prática do aconselhamento, bem estruturados e claros, que forneçam subsídios e fundamentos para essas questões teóricas/técnicas, devem ser formulados e utilizados, pois podem ser muito efetivos, inclusive para ensinar indivíduos da comunidade e pessoas sem formação especializada em atenção psicossocial, a trabalharem com o aconselhamento (Dolcini, Canin, Gandelman, et.al., 2004 ; kamb, Dillon, Fishbein, et.al., 1996).

Não obstante, um importante desafio que as pesquisas também assinalam é a elaboração de processos de capacitação que garantam uma formação consistente e um embasamento teórico nas diferentes áreas relacionadas à execução do aconselhamento, e que, ao mesmo tempo, não sejam pesados e densos demais. É necessário, também, que os processos formativos ajudem os indivíduos a traduzirem as teorias na prática (Dolcini, Canin, Gandelman, et.al., 2004).

3.4.4 A Prevenção intra e extramuros

Quase a totalidade dos CTA realiza atividades de prevenção, sendo mais prevalentes as ações extramuros (91,9%), do que aquelas realizadas no ambiente interno dos serviços (65%) (tabela 17)

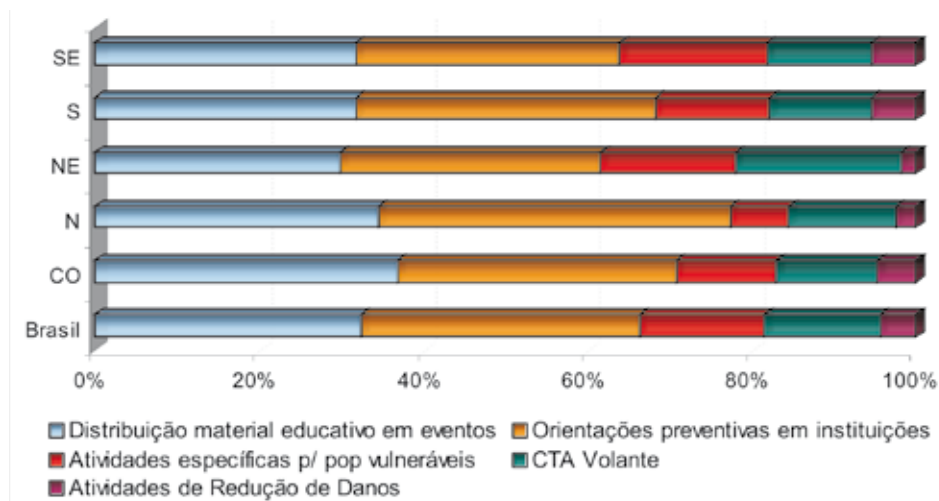
As atividades extramuros são direcionadas, com maior frequência, à população geral (87,8%), envolvendo atividades que possuem baixo impacto para estimular a adoção de práticas mais seguras para a prevenção do HIV, como a distribuição de material educativo em eventos (84,4%) e palestras preventivas em instituições (88,8%) (tabela 17 e gráfico 25).

As populações mais vulneráveis, como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, travestis, transexuais, população confinada e população indígena, são objeto de intervenção extramuros em apenas 39,7% dos CTA e as atividades de redução de danos ocorrem em menor frequência (11,3%) (tabela 17 e gráfico 25).

Os denominados CTA volantes estão implantados em 38,8% dos serviços, sendo que 88,7% deles realizam atividades de prevenção e coleta de exames sorológicos. Os serviços que mais implantaram os CTA volantes são aqueles não inseridos em outros serviços de saúde.

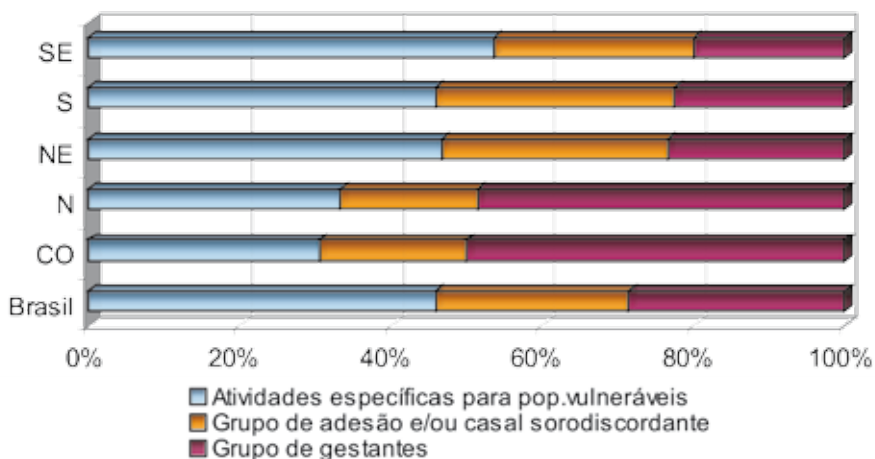
De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a promoção de práticas seguras para a prevenção do HIV é uma atividade intrínseca à missão dos CTA, que deve ocorrer por meio do aconselhamento e de outras ações dirigidas diretamente à comunidade e aos usuários do serviço. Estas ações devem ter como população alvo aquelas identifica das pelos serviços como mais vulneráveis ao HIV, com destaque para homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas, profissionais do sexo e travestis.

O Ministério da Saúde, preconiza, ainda, a realização de ações de prevenção no ambiente interno dos CTA, assim como na comunidade, as denominadas atividades extramuros.

Gráfico 25 - Atividades de prevenção extramuros realizadas pelos CTA. Brasil, 2006.

Dos 65% que realizam atividades de prevenção interna, menos da metade o faz para as populações mais vulneráveis; cerca de um terço trabalha com gestantes; e um quarto com pessoas vivendo com HIV/aids e pares sorodiscordantes (tabela 17 e gráfico 26).

Os grupos de gestantes são realizados por 35,8% dos CTA e com maior frequência em CTA vinculados à atenção básica, que atendem, majoritariamente, essa população. Já os grupos de adesão ocorrem principalmente em CTA inseridos em Serviços de Assistência Especializada para pessoas vivendo com HIV (60,5%).

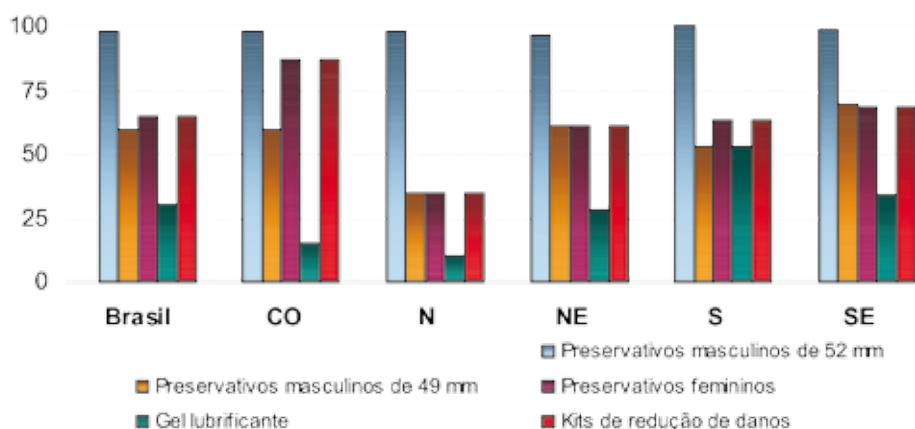
Gráfico 26 - Atividades de prevenção realizadas internamente nos CTA. Brasil, 2006.

3.4.5 Disponibilidade e acesso aos insumos de prevenção

Quase todos os CTA (98,1%) dispõem de preservativo masculino de 52 mm e um pouco mais da metade o disponibiliza em locais de acesso público, como recepção ou display (54,4%). Além disso, 74,7% dos serviços exigem algum procedimento prévio, como identificação e aconselhamento, para entregar o preservativo ao usuário (tabela 11).

Uma parcela expressiva, 81,2% dos CTA, não possui o conjunto completo de insumos para a prevenção da transmissão sexual do HIV, que inclui preservativos masculinos de 49 mm e 52 mm, preservativo feminino e gel lubrificante. O preservativo feminino é encontrado em menos de 2/3 dos serviços e o gel lubrificante em apenas 1/3 (gráfico 27 e tabela 11).

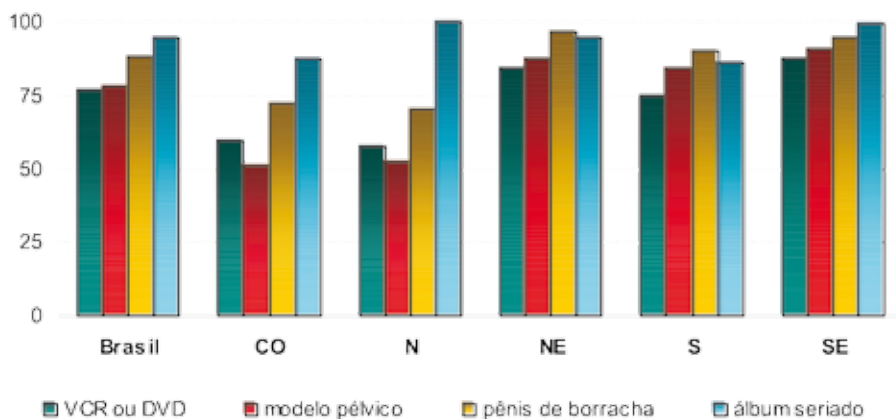
Gráfico 27 - Insumos de prevenção disponíveis nos CTA. Brasil, 2006.



Os materiais de apoio para a realização das atividades preventivas estão amplamente disponíveis nos serviços e há álbum seriado em 95% dos CTA, pênis de borracha em 87,8%, modelo pélvico em 78,4%, e equipamento de reprodução de vídeo em 76,6%. Os materiais educativos são distribuídos por 92,2% dos CTA (gráfico 28 e tabela 11).

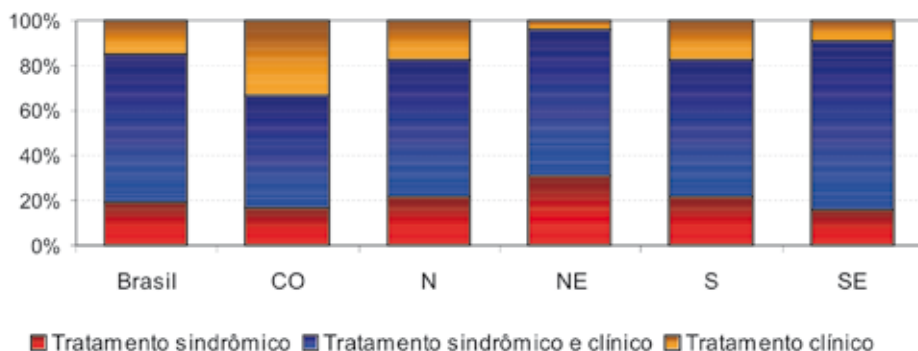
Por outro lado, os CTA têm pouca disponibilidade de insumos de prevenção da transmissão do HIV pelo uso de drogas. Apenas 15,9% dos serviços possuem kits de redução de danos. Na região Nordeste esse percentual é de 1,8% (tabela 11).

Em resumo, os CTA possuem os insumos básicos para a prevenção sexual do HIV, porém, estão pouco preparados para atender às especificidades e necessidades dos diferentes grupos com que trabalham, como mulheres em situação de violência, profissionais do sexo, adolescentes e usuários de drogas. A dificuldade de acesso pela exigência de identificação e a oferta de insumos em locais restritos ao público são fatores limitantes que podem comprometer a abrangência e a efetividades das ações desenvolvidas.

Gráfico 28 - Materiais de apoio às ações de prevenção em CTA. Brasil, 2006.

3.4.6 Tratamento de DST

O tratamento das DST não está previsto nas normas do Ministério da Saúde para a organização e operação dos CTA. Entretanto, a realização de tal atividade foi referida por 56,3% dos CTA do País, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, nos serviços que possuem um número maior de médicos e nos que estão vinculados às unidades assistenciais de atenção secundária. A maioria desses CTA (65,6%) utiliza conjuntamente os protocolos de abordagem sindrômica e clínica/etiológica para realizar o tratamento das doenças ([gráfico 29 e tabela 16](#)). O uso individualizado dos dois protocolos ocorre em proporções inferiores, a abordagem clínico/etiológica é empregada com exclusividade em 15% dos serviços e a sindrômica, em 19,4%. A aplicação da penicilina injetável ocorre em 30,3% dos serviços que mencionaram tratar das DST ([tabela 16](#)).

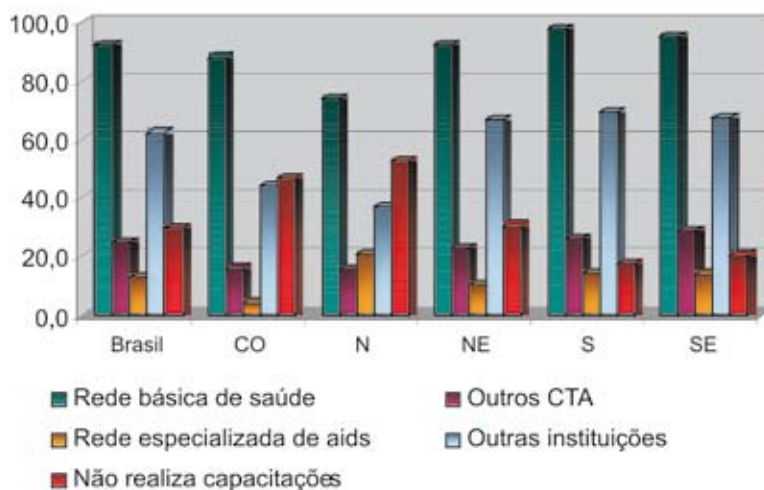
Gráfico 29 - Protocolo adotado nos CTA que realizam tratamento das DST. Brasil, 2006.

Há de se considerar que parte dos serviços pode ter referido tratar DST por estarem inseridos em serviços de saúde que o fazem. Contudo, independentemente do percentual, é fato que uma determinada proporção de CTA passou a atender portadores de DST, o que justifica a necessidade de adoção de normas e de outros procedimentos que apoiem esses serviços.

3.4.7 Capacitação

A maioria (70,3%) dos CTA oferece treinamentos externos para profissionais da rede básica de saúde (92,4%) e de outras instituições (62,2%), como escolas e presídios. O treinamento de trabalhadores de outros CTA (24,9%) e da rede de atenção especializada à aids (12,9%) ocorre em menor frequência (tabela 22). Recomenda-se que os CTA apoiem a capacitação de profissionais de saúde, tanto para a descentralização de diagnósticos e ampliação da oferta de sorologias, quanto para aconselhamento e ações de prevenção. As atividades de formação ocorrem especialmente nos CTA das regiões Sul (97,6%), Sudeste (95%) e Nordeste (92,3%) (gráfico 30 e tabela 18)

Gráfico 30 - Público das capacitações realizadas nos CTA. Brasil, 2006.



3.5 Perfil tecnológico dos CTA

Metodologia para a definição do perfil tecnológico

Para a definição dos perfis tecnológicos foi utilizado a análise de agrupamento, empregando-se o procedimento estatístico k-means, tendo sido utilizadas as seguintes variáveis: a) estrutura dos serviços; b) perfil da clientela atendida; c) organização e operação dos serviços; e d) acesso aos serviços. Para a permanência das variáveis no modelo analítico foi observada a variância ANOVA, adotando-se nível de significância de 0,05.

Foi realizada a análise dos padrões de ocorrência dos CTA, segundo a localização geográfica, o tamanho populacional dos municípios e a inserção na estrutura de saúde local. A associação entre as variáveis foi analisada pelo teste de X^2 e de resíduos (Zres), adotando-se o nível de significância de 0,05. Para o nível de confiança de 95%, todo $Zres > |1,96|$ é considerado excesso ou falta de ocorrência (Pereira, 2001).

Foram analisados indicadores socioeconômicos, da rede de saúde, de tendências da epidemia e da resposta à aids para estudar fatores associados com predominância de um perfil tecnológico nos municípios. Para tanto, cada cidade foi caracterizada conforme o perfil tecnológico predominante no conjunto dos seus serviços, tendo sido considerado como perfil predominante àquele presente em mais de 50% dos CTA existentes no município.

Foram excluídas dessa análise as cidades de Aracaju, Contagem, Cuiabá, Manaus, Ribeirão Preto, Rio de Janeiro, São Paulo e Sinop, por não possuírem um perfil tecnológico predominante. Foram incluídos nesta análise 239 municípios.

O procedimento estatístico utilizado para comparação múltipla das médias dos indicadores foi o de variância ANOVA, com a aplicação do teste de Bonferroni.

Os indicadores selecionados para essa análise foram obtidos nos bancos de informação do DATASUS, do IBGE e do Programa Nacional de DST e Aids.

Diferentes serviços de saúde apresentam modos distintos de funcionamento, que são resultantes, entre outros aspectos, das prioridades que cada serviço estabelece, das necessidades de saúde que objetiva responder, dos segmentos populacionais que lhes são prioritários, dos recursos (humanos, físicos, financeiros) de que dispõe e dos resultados que espera obter. Esses modos de funcionamento são chamados de “perfil tecnológico” (Mendes-Gonçalves, 1994).

No presente estudo, observou-se uma importante diversidade de funcionamento entre os CTA brasileiros. Para aprofundar o conhecimento sobre essa questão, realizou-se uma análise dos CTA que teve como objetivo identificar características estruturais e organizacionais que permitissem agrupá-los em conjuntos de características semelhantes.

Foram encontrados quatro perfis tecnológicos de CTA isto é, quatro grupos com identidade própria e formas semelhantes de desenvolver suas atividades e de promover o acesso da população aos diagnósticos e às ações de prevenção das DST/aids, que independem de quaisquer outros fatores externos, tais como sua inserção na rede pública de saúde ou sua região de implantação.

Com base nas suas características principais, os quatro perfis foram denominados: assistencial, atenção integral, promoção da saúde e básico. As características de cada perfil tecnológico estão descritas nos quadros 1 a 4 e na tabela 19.

3.5.1 Perfil Tecnológico Assistencial

Quadro 1: Características dos CTA do Perfil Tecnológico Assistencial

- Ofertam tratamento para DST e as diferentes sorologias para HIV, sífilis e hepatites;
- Alta proporção de profissionais médicos;
- Atendem a populações vulneráveis e pacientes encaminhados por outros serviços;
- Segundo grupo que menos realiza ações de prevenção interna e externa e, quando o faz, direciona para a população em geral;
- Os instrumentos de referência de usuários para os demais serviços de saúde são precários.

Assistencial

Implantação: até 1993

Região: Sudeste

Municípios: grandes

Inserção: serviços de atenção secundária

Sessenta e nove CTA estão incluídos no perfil tecnológico assistencial e estão localizados especialmente na região Sudeste, nos municípios que possuem mais de 500 mil habitantes e nas cidades com o melhor IDH-M (2000). São também os mais antigos e representam a maior proporção de serviços que iniciaram suas atividades na primeira fase dos CTA, ou seja, aqueles implantados até 1993. Como consequência, a taxa média de incidência de aids nos municípios com a presença do perfil assistencial é maior do que nos demais grupos analisados (**tabelas 20 e 12**).

Os CTA desse perfil estão inseridos, predominantemente, assim como os do perfil de atenção integral, em unidades de atenção secundária. O que explica em parte, o fato desses serviços serem aqueles que mais desenvolvem atividades vinculadas à assistência, que mais recebem pacientes de serviços especializados e que possuem a maior proporção de médicos na equipe.

Nessa mesma direção, a principal característica da rede de saúde dos municípios com CTA analisada neste perfil é a existência de um número maior de médicos e de consultas médicas realizados por habitante.

3.5.2 Perfil Tecnológico de Promoção da Saúde

Quadro 2: Características dos CTA do Perfil Promoção da Saúde

- Maior proporção de CTA volantes e que realizam atividades de redução de danos;
- Flexibilizam critérios de acesso dos usuários, incluindo, neste contexto, a maior proporção dos serviços com atendimento noturno;
- Os que mais atendem as populações vulneráveis;
- Maior proporção dos serviços com espaço físico adequado e a disponibilidade dos insumos de prevenção adequados;
- Menor proporção de médicos na equipe.

Promoção à Saúde

Implantação: 1994 a 1998

Região: Nordeste

Municípios: médios e grandes

Inserção: Não inseridos

É o perfil tecnológico com maior número de CTA – 96 –, localizados principalmente na região Nordeste e em municípios de médio e grande porte, com população entre 200 mil a 500 mil habitantes. O conjunto de municípios desse perfil é o mais populoso, abrange mais de 17 milhões de habitantes. Mais da metade dos CTA foi criado entre 1994 e 1998, período associado ao financiamento direto do Ministério da Saúde para a implantação de novos serviços (tabelas 20 e 21).

3.5.3 Perfil Tecnológico de Atenção Integral

Quadro 3: Características dos CTA do Perfil Tecnológico Atenção Integral

- É o que mais realiza atividades assistenciais e preventivas, interna e externas;
- É o que mais oferece o tratamento das DST e os diferentes tipos de sorologias para HIV, sífilis e hepatites;
- Possui a maior relação de médicos na equipe;
- Possui os instrumentos mais bem estabelecidos de referência com outros serviços de saúde;
- Entre a clientela atendida há o maior equilíbrio entre pacientes referenciados, gestantes e populações vulneráveis.

Atenção Integral

Implantação: 1999 a 2002
Região: presente em todas
Municípios: pequenos e médios
Inserção: SAE

Reúne o segundo maior grupo de CTA, somando 86 serviços, mas abrange o segundo menor grupo populacional e de casos de aids. Os CTA desse perfil estão concentrados em municípios entre 50 mil a 100 mil habitantes, e estão implantados em número semelhante nas cinco regiões do País.

Grande parte dos CTA desse perfil iniciou suas atividades nos últimos oito anos, sendo os mais presentes entre os CTA implantados entre 1999 e 2002 e que não estão inseridos em nenhuma unidade de atenção à saúde ou programas de aids (tabelas 20 e 21).

3.5.4 Perfil Tecnológico Básico

Quadro 4: Características dos CTA do Perfil Tecnológico Básico

- Direcionados para apoiar, por meio do diagnóstico, atividades de profilaxia da transmissão vertical do HIV;
- São os que menos realizam atividades de prevenção e assistência, embora disponibilizem os insumos de prevenção;
- A clientela atendida é composta, predominantemente, por gestantes;
- O número de sorologias ofertadas é restrito e a estrutura física precária;
- São os serviços que mais exigem identificação obrigatória dos usuários para o acesso ao serviço

Básico

Implantação: após 2003
Região: Norte
Municípios: pequenos
Inserção: UBS

O perfil tecnológico básico reúne 69 CTA (21,6%) e é formado basicamente por unidades que iniciaram suas atividades a partir do ano de 2000, onde a epidemia é mais recente, como a região Norte e os municípios com até 50 mil habitantes (**tabela 4**).

É o perfil básico que abrange o menor número de habitantes e de casos de aids. Sua inserção na rede pública de saúde ocorre principalmente nas unidades de atenção primária. Os municípios que implantaram CTA com as características deste perfil tecnológico possuem a menor cobertura de pré-natal e a maior relação entre casos de transmissão vertical e mulheres com aids (**tabelas 20 e 21**).

3.5.5 Análise de indicadores de resolubilidade

Por apresentarem diferentes modos de organização e funcionamento, os CTA dos quatro perfis tecnológicos encontrados no estudo apresentam diferenças em termos de resolubilidade (**tabela 22**). Por exemplo, os CTA do perfil assistencial são aqueles em que menos faltam kits para o diagnóstico do HIV e os que mais disponibilizam sorologia para hepatite B. Os perfis de promoção da saúde e de atenção integral são os que mais disponibilizam os preservativos em local de fácil acesso aos usuários.

Por outro lado, a inserção dos serviços na rede de saúde influi na capacidade dos mesmos de incluir populações com maior risco de infecção.

Dessa forma, os CTA do perfil básico, que atendem prioritariamente gestantes e estão inseridos predominantemente nos serviços de atenção primária, são os que apresentam as menores taxas de positividade. Já os CTA do perfil assistencial, presentes em maior número nos serviços de assistência especializada, e que atendem mais as populações vulneráveis e referidas pela rede de atenção secundária, concentram serviços com prevalência acima de 5%.

Há uma importante diferença entre a produtividade dos serviços incluídos nos perfis assistenciais e de promoção da saúde (**tabela 23**). O primeiro reúne serviços com o menor número de exames HIV realizado por profissional - média de 1,3 exame dia/profissional. Os de promoção da saúde, por sua vez, realiza 1,7 vezes mais testes por profissional: média de 2,3 exames dia/profissional.

As taxas de retorno e o tempo de entrega dos resultados não apresentam diferenças significativas em relação aos perfis tecnológicos, reforçando a hipótese de que a taxa de retorno está associada ao tempo de entrega dos exames e não às características estruturais.

O perfil básico foi aquele que apresentou os piores indicadores em relação ao acesso ao preservativo e à disponibilidade de sorologias, favorecendo a hipótese de que a maior precariedade estrutural e organizacional influi na qualidade das atividades realizadas.

Indicadores selecionados de qualidade

A avaliação dos indicadores de qualidade dos 320 CTA em oferta do diagnóstico, aconselhamento e prevenção foi realizada por meio da análise das variáveis relacionadas às taxas de positividade do HIV, frequência de serviços que ofertam sorologias para sífilis, aids e hepatites e critérios de acesso ao preservativo, em cujas tabelas de contingência verificou-se associação com os perfis tecnológicos por meio do teste de X² e análise de resíduo padronizado. Outros indicadores de qualidade, como média de testes por profissional técnico, taxa média de retorno do usuário e tempo em dias para resultado do ELISA, foram comparados segundo o perfil tecnológico dos CTA utilizando-se a análise de variância ANOVA e o teste de Bonferroni.

3.6 Discussão: perfil tecnológico, organização, estrutura e a resolubilidade dos CTA

A análise dos perfis tecnológicos dos CTA tem por objetivo aprofundar o conhecimento sobre as características existentes na organização e operação dos serviços, relacionando-as às informações de acesso e de resolubilidade.

A diversidade encontrada na análise do perfil tecnológico não pode ser atribuída a qualquer característica isolada dos serviços, seja ela de qualquer ordem: estrutural, população atendida, localização geográfica ou mesmo a inserção dos CTA em outras unidades de saúde. É o conjunto desses fatores que confere a identidade a cada um dos perfis tecnológicos estudados.

Nesse sentido, a inserção dos CTA em serviços de atenção secundária pode ser importante para definir um determinado perfil de equipe (como a maior presença de médicos) e de atividades assistenciais (como o tratamento das DST). No entanto, os dados sugerem que a fase de implantação do CTA e as características municipais são os fatores que mais contribuem para subdividir os serviços assistenciais entre aqueles que executam ou não atividades preventivas. Os serviços que iniciaram suas atividades após 1999, e aqueles implantados nas cidades de médio e pequeno porte, são os que mais incorporaram as diretrizes do Ministério da Saúde para realizar atividades preventivas.

Todos os perfis tecnológicos estão presentes desde o início da epidemia, porém a expansão dos serviços de cada perfil está associada a períodos bem determinados.

A maior frequência de CTA de perfil assistencial nos primeiros anos de implantação da rede de serviços, por exemplo, pode estar associada às necessidades da época de vincular as ações de controle da doença aos serviços de referência para o tratamento das pessoas vivendo com HIV, na medida em que essas instituições reuniam o maior grau de conhecimento sobre uma doença ainda incipiente e com forte carga de preconceito.

Há também outros três períodos que caracterizam os demais perfis. O primeiro, de 1994 a 1998, compreende o período no qual o Ministério da Saúde induziu, por meio de uma política nacional de financiamento, a criação de novos serviços. Essa fase encontra-se associada à expansão do perfil tecnológico de promoção à saúde. Em consequência, esse grupo é o que apresenta a melhor estrutura física e o que mais incorpora as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, como a flexibilização do acesso da população, a possibilidade de anonimato, a realização do diagnóstico sem o aconselhamento, o atendimento no período noturno e a criação de unidades móveis, entre outras.

O segundo período que caracteriza um perfil tecnológico determinado está situado entre os anos 1999 e 2002 e está associado ao perfil de atenção integral. Esse período é caracterizado pelo processo de descentralização das ações de DST e aids para estados e municípios.

O terceiro período ocorre a partir de 2003 e está relacionado às iniciativas do Ministério da Saúde no desenvolvimento de uma mobilização nacional para ampliar o acesso universal ao diagnóstico do HIV, como a campanha Fique Sabendo e a de ampliação do diagnóstico por meio do teste rápido na região Norte do País. O surgimento de novos

CTA nesse período ocorreu especialmente por meio do perfil tecnológico básico, nas regiões Norte e Centro-Oeste, nos municípios de médio e pequeno porte e inseridos em outras unidades de saúde, especialmente de atenção primária e secundária.

As características municipais e a ausência de financiamento e de treinamentos podem ter influenciado na precariedade da estrutura dos serviços do perfil básico, assim como no fato desses CTA serem aqueles que menos incorporaram as diretrizes do Ministério da Saúde na sua organização e funcionamento.

Cabe destacar, porém, que os serviços do perfil básico podem estar exercendo um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, na medida em que estão implantados em municípios com maior precariedade da rede de saúde, onde a estrutura da atenção ao pré-natal e parto apresenta indicadores de maior precariedade. É possível, portanto, que esses CTA estejam suprimindo a necessidade da oferta do teste anti-HIV para gestantes, contribuindo, assim, para o controle da transmissão vertical do HIV nesses lugares. Esses municípios apresentam, no entanto, as maiores taxas de transmissão vertical do HIV e os CTA desse perfil são os que menos ofertam o diagnóstico de sífilis, reforçando a necessidade de aprimorar a assistência ao pré-natal e às ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

A análise de produção dos CTA mostra que o número de testes realizados não está relacionado exclusivamente à estrutura dos serviços, na medida em que esse número é similar nos perfis tecnológicos com melhor (assistencial e de atenção integral) e com pior estrutura (básico). Entretanto, a maior produtividade observada no perfil de promoção da saúde pode estar relacionada à identidade dos serviços, na medida em que prevalecem nesse grupo aqueles CTA criados exclusivamente para a oferta do diagnóstico das ações de prevenção, não estando inseridos em unidades assistenciais.

Todos os perfis analisados têm prevalência do HIV superior ao observado na população geral, tanto para homens como para mulheres, que é, para o País, de 0,6% da população entre 15 e 49 anos. A alta prevalência do HIV no perfil assistencial demonstra a importância desses serviços para acessar segmentos mais vulneráveis à infecção, o que poderia ser potencializado, inclusive, para a captação de outras pessoas que vivam em situação de vulnerabilidade.

As atividades de prevenção e a inclusão de populações vulneráveis estão relacionadas aos perfis de atenção integral e de promoção da saúde, que reúnem os CTA que mais disponibilizam os preservativos e que mais facilitam o acesso dos usuários ao insumo. As limitações dos demais perfis podem ser justificadas pelo estabelecimento de outras prioridades e referenciais de funcionamento dos serviços e pela pouca tradição da assistência individual tradicional em realizar atividades de promoção da saúde.

A restrição, em todos os perfis tecnológicos analisados, do acesso do usuário ao preservativo pode ser resultado das normatizações dos órgãos gestores, que estabelecem cotas ou números indicativos da disponibilização do insumo segundo as características da população. Em serviços com as características dos CTA, essas normatizações podem não estar adequadas e conflitar com suas diretrizes organizacionais: a promoção da equidade no acesso; a vinculação de diferentes populações, especialmente as mais vulneráveis; e a prática de acolhimento e aconselhamento.

A análise das características organizacionais e estruturais do CTA demonstra que pontos importantes podem ser objeto de aprimoramento dos serviços, entre os quais se destacam: a melhoria da infra-estrutura; a adequação do tamanho das equipes aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e a adoção de um sistema de informação gerencial e epidemiológica que permita planejar as ações e avaliar os serviços.

Os achados da pesquisa em relação à resolubilidade demonstram que a adoção de procedimentos que facilitem o acesso dos usuários aos serviços, como o atendimento em horários expandidos, a oferta de identificação livre e a não-obrigatoriedade do aconselhamento pré-teste, são fatores importantes para garantir a maior presença de populações vulneráveis nos CTA e garantir, de forma objetiva, a efetivação de um dos princípios mais importantes aos serviços: a equidade.

As baixas taxas de retorno dos CTA estão associadas ao tempo de entrega dos resultados das sorologias, demonstrando ser esse o aspecto que mais deve ser investido para melhorar a resolubilidade dos serviços na realização dos diagnósticos. Além de serem necessários investimentos substantivos na organização e funcionamento dos serviços e da rede laboratorial, há que se destacar o potencial da contribuição das tecnologias diagnósticas mais recentes, que prescindem de estruturas laboratoriais complexas e reduzem consideravelmente o tempo de espera pelos resultados (como os testes rápidos para diagnóstico do HIV).

Parte 4. Síntese regional das características organizacionais e operacionais dos CTA

4.1 Síntese das Características

Norte

- Primeiro CTA implantado em 1995 e 50% dos serviços implantados depois de 2002;
- Mais de 70% estão nos estados do Amazonas e Pará (35% e 37,5%) (tabela 1)
- Principais populações atendidas: gestantes (85,0%) e referenciadas por serviços de saúde de nível secundário (67,5%) (tabela 5);
- A taxa de positividade de HIV é menor que 1% em 65,6% dos serviços existentes (tabela 5);
- Quanto ao número de testes/dia, os serviços distribuem-se em sua maioria entre serviços de porte pequeno e médio em igual proporção (36,4%). No entanto, esta região é a segunda em maior proporção de serviços de grande porte que realizam mais de 15 testes/dia (27,3%) (tabela 5);
- Embora 60% dos CTA funcionem em regime integral (entre 8 e 10 períodos semanais), não existem serviços que funcionem após 18:00 (tabela 4);
- Metade das equipes tem menos de 8 integrantes; 80,0% têm 4 ou mais profissionais de nível superior, sendo que mais de 70% dos serviços contam com médico, enfermeiro e psicólogo; 20,0% não contam com técnicos de enfermagem ou laboratório e mais da metade possui bioquímico/farmacêutico ou biomédico (55,0%) (tabela 12);
- Embora a maioria dos CTA possua equipes capacitadas para exercerem suas funções, esta é a região que tem o maior número de serviços nos quais nenhum profissional recebeu treinamento para exercer sua função (13,3%) (tabela 12);
- Segunda melhor rede do país em infra-estrutura: 70% possuem espaços essenciais ao atendimento (sala de aconselhamento individual e coletivo, sala de espera e de coleta ou laboratório) (tabela 11);
- Os CTA carecem de equipamentos: VCR ou DVD estão presentes em 57,5% e modelo pélvico em 52,5%; e, embora 72,5% possuam computador, apenas 32,5% têm acesso à internet. (tabela 11)
- Embora 40% dos CTA tenham implantado a versão atualizada do SI-CTA, 45% não implantaram nenhuma versão do sistema (tabela 11);

- Região com maior dificuldade no oferecimento do cardápio sorológico mínimo (32,5%); 2,5% dos CTA não possuem triagem e confirmatório ou teste rápido diagnóstico anti-HIV; 62,5% não oferecem triagem sorológica para hepatites B e C e, embora 72,5% ofereça triagem sorológica para sífilis, apenas 10% completa a pesquisa sorológica ofertando algum teste treponêmico (TPHA ou FTABs) (tabela 14);
- Os CTA possuem pouca agilidade na entrega dos resultados (40% mais de 30 dias para a entrega do resultado positivo) e baixas taxas de retorno dos usuários (54,5% com taxas de retorno abaixo de 75%) (tabela 14);
- Em apenas 32,5% é adotada a flexibilização do anonimato. Oferecem aconselhamento individual e coletivo, predominantemente por profissionais de nível superior e é a região com menor proporção de profissionais de nível médio realizando a entrega de resultados no aconselhamento pós-teste (12,5%) (tabela 10);
- É a região que mais realiza atividade de prevenção interna em grupo (70%) e 90% realizam atividades extramuros. No entanto, é a região que menos investe em atividades específicas para as populações mais vulneráveis (15,0%) e a que menos realiza atividades de CTA Volante (27,5%) (tabela 17);
- Possuem material educativo (87,5%) e preservativos masculinos de 52 mm (97,5%), mas são os que menos ofertam o “kit completo para prevenção da transmissão sexual” (7,5%), que inclui gel lubrificante preservativos masculinos de 52 e 49 mm e preservativo feminino (tabela 11);
- Quanto ao acesso a preservativos, 32,5% o dispõem em locais de acesso público (display, recepção ou portaria) e 95,0% dos CTA exigem identificação ou que usuário passe por procedimento prévio para retirá-los (tabela 11);
- Aproximadamente metade dos CTA realiza atividades de capacitação externa, mas além dos profissionais da rede básica (73,7%), é a região que mais capacita profissionais da rede especializada de aids (21,1%) (tabela 18);
- É a região na qual a maior parte dos CTA realiza tratamento de DST (70%), principalmente com abordagem síndrome (82,1%) (tabela 16);
- Todos os CTA da região possuem referências estabelecidas para HIV (tabela 17);

Centro-Oeste

- Implantação dos serviços iniciada antes de 1993, com 50% dos CTA implantados depois de 2001, sendo que 59,6% dos CTA estão localizados no estado do Mato Grosso (tabela 1);
- O atendimento dos CTA é voltado principalmente à população geral (93,6%) (tabela 5);
- Metade dos serviços possui taxas de positividade menores que 1%, 40% entre 1 e 5% e 10% com positividade maior que 5% (tabela 5);
- A maioria dos serviços da região é de porte pequeno (50%) ou médio (40,6%); é a região com menos CTA de grande porte (9,4%) (tabela 5);
- Embora 66% dos CTA funcionem em regime integral (entre 8 e 10 períodos semanais), existem apenas 2,1% de CTA que funcionam após 18:00 ou nos finais de semana (tabela 4);
- Pouco mais da metade dos CTA está inserida em UBS e 42,5% em serviços de atenção secundária (SAE e outros) (tabela 4);
- 76,6% dos CTA possuem coordenação exclusiva ou realizada pelo coordenador da unidade na qual o CTA está inserido e os serviços da região são os que menos realizam reuniões de equipe com periodicidade no mínimo mensal (44,7%) (tabela 4);
- Segunda região com melhor implantação de alguma versão do SI-CTA (68,1%), mas é a região que menos implantou a segunda versão do sistema (31,9%) (tabela 11);
- Quase metade das equipes tem menos de 8 integrantes e 19,1 tem 14 ou mais (tabela 12);
- Mais da metade tem menos de 4 profissionais de nível superior e o enfermeiro está presente em 83,0% das equipes (tabela 12);

- É a segunda região com menor proporção de equipes não capacitadas para exercerem suas funções. Por outro lado, é a região que menos investiu na capacitação de CTA no último ano (tabela 12);
- Estrutura física deficitária: apenas 42,6% possuem espaços essenciais ao atendimento (sala de aconselhamento individual e coletivo, sala de espera e de coleta ou laboratório) (tabela 11)
- É a região que mais carece de equipamentos como VCR ou DVD (57,4%), modelo pélvico (53,2%) e embora mais da metade possua computadores (61,7%) é a região com menos acesso à internet (29,8%) (tabela 15);
- É a segunda região do Brasil com melhor oferta do cardápio sorológico “mínimo esperado” (72,3%) (tabela 14);
- Quase todos os serviços entregam resultados de exame anti-HIV em até 30 dias quando negativo (91,5%), 66,7% entregam resultado positivo em até 30 dias e apenas 14,3% o fazem em até 15 dias (tabela 14);
- Região na qual 54,1% dos serviços têm taxas de retorno acima de 75%, remanesecendo 8,3% dos CTA com taxas abaixo de 50% (tabela 14);
- Identificação dos usuários é obrigatória em 53,2% dos serviços e é a segunda região com maior proporção de serviços que obrigam o anonimato (6,4%) (tabela 10);
- Possui a maior porcentagem de CTA que permitem a realização do teste anti-HIV sem aconselhamento pré-teste (34,0%) e que realizam exclusivamente a abordagem pré-teste coletiva (6,4%) (tabela 10).
- É preocupante a proporção de CTA que permitem a realização de testes sem aconselhamento pós-teste (21,3%), atendimento no qual são entregues os resultados de exames (tabela 10);
- Foca os trabalhos internos de prevenção em grupos de gestantes (48,9%) e possui a mais baixa proporção de oferta de atividades voltadas às populações mais vulneráveis (29,8%) (tabela 17);
- Comparativamente, é a região que menos realiza atividades extramuros (80,9%) e a segunda que menos utiliza a estratégia de CTA volante nos serviços (27,7%) (tabela 17);
- Apenas 10,6% dos CTA possuem “kit completo para a prevenção da transmissão sexual”, que inclui gel lubrificante, preservativos masculinos de 52 e 49 mm e preservativo feminino (tabela 11);
- A falta do kit deve-se principalmente à ausência de gel lubrificante (14,9%) e de preservativo masculino de 49 mm (59,6%), já que é, em contrapartida, a região que mais dispõe de preservativos femininos (87,2%) (tabela 11);
- 63,8% dos CTA realizam tratamento de DST. Se por um lado são os que em maior proporção aplicam penicilina injetável no próprio serviço (48,9%), são também os que em menor proporção utilizam a abordagem sindrômica como estratégia de tratamento de DST (66,7%) (tabela 16);
- Se por um lado 2,1% dos CTA não possuem referências estabelecidas para HIV, de outro é a região com melhor proporção de referências estabelecidas para hepatites (93,6%) (tabela 16);
- É a segunda região com menor proporção de CTA que realizam capacitações externas (53,2%) e 88% destes o fazem para profissionais da rede básica de saúde (tabela 18).

Nordeste

- Início da implantação da rede antes de 1993 e 50% dos CTA implantados após 2000.
- É a região que mais possui CTA não inseridos em unidades assistenciais (32,1%) e a segunda com menos CTA inseridos em UBS (14,3%) (tabela 4);
- Melhor infra-estrutura: É a região com maior proporção de CTA com todas as salas necessárias (36%) e 87,5% possuem as salas indispensáveis ao atendimento (sala de aconselhamento individual e coletivo, sala de espera e de coleta ou laboratório) (tabela 11);
- São os CTA mais bem equipados. No entanto, embora 91,1% deles possuam computador, 39,3% não possuem acesso à internet (tabela 11);
- É a região com maior proporção de CTA de grande porte (30,8%), embora prevaleçam os de porte médio (44,2%) (tabela 5);

- Predomina o atendimento em período integral (71,4%), mas 25% atendem em regime parcial e apenas 3,6% em regime estendido (tabela 4);
- Afora a população em geral, as gestantes estão entre as populações mais atendidas em 78,6% dos CTA, seguida das populações vulneráveis (62,5%) (tabela 5);
- Predominam CTA com taxas de positividade para HIV menores que 1% (54,9%) e apenas 3,9% possuem taxas iguais ou acima de 5% (tabela 5);
- É a região com maior proporção de CTA cujo coordenador acumula a função de coordenação de DST/Aids do município (35,7%) (tabela 4);
- Predominam na região equipes que possuem entre 8 e 13 profissionais (58,9%) e é a região com a menor proporção de equipes com menos de 8 integrantes (25,0%) (tabela 12);
- Um terço dos serviços possuem menos de 4 profissionais de nível superior na equipe, com menor presença de enfermeiros e médicos e a maior proporção de técnicos de laboratório ou enfermagem (89,3%) (tabela 12).
- Não existem redutores de danos nos CTA desta região (tabela 12);
- Todos os CTA possuem equipes capacitadas, e quase todos receberam algum tipo de capacitação no último ano (94,6%) (tabela 12);
- É a terceira região com pior porcentagem de implantação do SI-CTA (60,7%) (tabela 11);
- Precariedade relativa no oferecimento da sorologia completa (16,1%), mas próxima da média nacional em relação ao cardápio mínimo esperado (60,7%) (tabela 14);
- A maioria dos exames anti-HIV (ELISA) são entregues em até 15 dias (57,1%). Já os que necessitam de confirmatório levam na maioria entre 16 e 30 dias (63,0%) (tabela 14);
- 61,0% dos CTA possuem taxas de retorno acima de 75% e não existem CTA com taxas de retorno inferiores a 50% (tabela 14);
- A flexibilização do anonimato foi adotada por 57,1% dos CTA. Contudo, é a região com maior proporção de serviços que remanescem adotando o anonimato compulsório (8,9%) (tabela 10);
- É a região que menos oferece atividades de prevenção internas (51,8%) e apenas 35,7% dos CTA realizam atividades específicas voltadas às populações mais vulneráveis dentro dos serviços (tabela 17);
- É a região do país que mais investe em atividades extramuros, a segunda em realização de atividades específicas para as populações mais vulneráveis (48,2%) e a que mais implantou CTA Volantes (58,9%) (tabela 17);
- Apenas 18,8% dos serviços têm "kit completo de prevenção da transmissão sexual". Faltam gel lubrificante (69,7%), preservativos masculinos de 49 mm (40,3%) e preservativos femininos (35,3%) (tabela 11).
- Kits de redução de danos praticamente não são ofertados pelos CTA desta região (1,8%) (tabela 11);
- 91,1% dos CTA restringem o acesso aos preservativos exigindo a identificação ou atendimento específico para a retirada de preservativos. De outro lado, é a região que proporcionalmente mais disponibiliza preservativos em locais de acesso público (recepção e displays) (66,1%) (tabela 11);
- São os serviços que menos oferecem tratamento para as DST (41,1%) (tabela 16);
- O total dos CTA possuem referências estabelecidas para HIV e quase todos para DST (96,4%). É a segunda região com menor proporção de CTA com referências estabelecidas para hepatites (78,6%) (tabela 16);
- A maioria dos CTA oferece capacitações externas (69,6%), principalmente para profissionais da rede básica de saúde (92,3%) e profissionais de outras instituições (66,7%) (tabela 18).

Sul

- Primeiro CTA funcionando em 1988 e 50% da rede implantada até 2000.
- Porte dos CTA segue padrão nacional: predominam serviços médios (45,7%), seguidos dos pequenos (37,0%) e dos grandes (17,4%) (tabela 5);
- Atendem em período integral em sua maioria (66,7%) e apenas 7,8% em regime estendido (tabela 17);
- A população atendida é semelhante a dos demais CTA, mas tem a maior rede que atende suspeitas de DST ou hepatites como principal demanda do serviço (13,7%) (tabela 5);
- É a segunda região com maior proporção de populações mais vulneráveis entre as três principais atendidas (66,7%) (tabela 5);
- 86% dos CTA apresentam taxas de soropositividade para HIV acima de 1% (tabela 5);
- Tem a maior proporção de equipes com menos de 8 integrantes (53%) e a segunda maior com menos de quatro integrantes com nível superior (47,1%) (tabela 12);
- A segunda maior proporção de equipes não capacitadas para exercerem suas funções (11,5%) (tabela 12);
- Os CTA da região têm infra-estrutura adequada próxima à média brasileira e são os mais bem equipados do país: 100% têm computadores e 80,4% acesso à internet (tabela 11);
- Melhor implantação de alguma versão do SI-CTA (84,3%), no país, inclusive da segunda versão (51,0%) (tabela 11);
- Segundo pior desempenho em relação à sorologia: cardápio “mínimo esperado” abaixo da média nacional (54,9%) (tabela 14);
- Maioria dos exames anti-HIV com confirmatório entregues em até 30 dias (75,5%) e a menor proporção que entrega o resultado negativo (ELISA) com mais de 30 dias (2,0%) (tabela 14);
- Está entre as melhores taxas de retorno do país, sendo a que possui maior proporção de serviços com taxas de retorno acima de 90% (33,3%) (tabela 14);
- Segunda região com maior proporção de adoção do anonimato flexível (64,7%) (tabela 19);
- Maior proporção de serviços nos quais o aconselhamento pré-teste individual é realizado por profissionais de nível médio (43,1%) (tabela 10);
- Atividades de prevenção internas e extramuros compatíveis com a média nacional, porém pouco direcionadas para populações mais vulneráveis. É a região que mais realiza grupos de adesão e/ou para casais sorodiscordantes (31,4%) (tabela 17);
- Estratégia de CTA volante abaixo da média nacional e atividades de redução de danos em apenas 13,7% dos serviços, mas acima da média nacional (11,3%) (tabela 17);
- Tem a maior oferta de “kit de prevenção da transmissão sexual” (25,5%) e é a única região onde 100% dos CTA possuem preservativos masculinos 52 mm (tabela 11);
- São os CTA com acesso mais facilitado aos preservativos: 51% deles não solicita identificação ou procedimento prévio à entrega do insumo (tabela 11);
- É a segunda região com menor proporção de CTA que tratam DST e a que menos aplica penicilina injetável nos serviços (7,8%); os que tratam o fazem principalmente pela adoção da estratégia de abordagem síndrômica (82,6%) (tabela 16);
- Tem a maior proporção de CTA sem referências estabelecidas para HIV (3,9%) (tabela 16);
- São os que mais oferecem capacitações externas (82,4%), especialmente dirigidas aos profissionais da rede básica (97,6%) (tabela 18).

Sudeste

- O primeiro CTA foi implantado em 1989, sendo a região que tem a rede de serviços mais antiga: 50% implantados até 1998.
- É a região com maior número de CTA, havendo o predomínio de serviços de porte pequeno (47,9%) seguidos dos médios (39,5%) (tabela 5)
- É responsável, porém, por 39,5% dos testes anti-HIV realizados pelos CTA no país em 2005;
- Possui a maior proporção de CTA funcionando em regime estendido (24,6%) e a mais baixa em período parcial (15,1%) (tabela 4)
- Predomínio de CTA inseridos em SAE (50,8%) e a menor proporção em UBS (12,7%) (tabela 4);
- Possui a maior proporção de atendimento das populações vulneráveis entre as três principais (68,3%) e a menor proporção de atendimento de gestantes (28,6%) (tabela 5);
- 74,1% possuem taxa de positividade acima de 1% (tabela 5);
- A região possui 65,1% das equipes com mais de 7 profissionais e o maior número de CTA com mais de 13 profissionais (27,8%); apenas 26,2% dos CTA possuem menos de 4 profissionais de nível superior na equipe. É a região com maior proporção de redutores de danos (13,5%) (tabela 12)
- A capacitação das equipes é compatível com a média nacional, sendo que 92% receberam algum tipo de capacitação no último ano (tabela 12);
- Infra-estrutura adequada semelhante à média nacional, com presença de equipamentos acima das médias nacionais, incluindo computadores e acesso à internet (tabela 11)
- Segunda menor porcentagem de implantação de alguma versão do SI-CTA (58,0%) (tabela 11);
- Maior proporção do país com o cardápio de sorologia completa (41,3%) e o cardápio sorológico “mínimo esperado” (80,2%) (tabela 14);
- O total dos CTA ofertam diagnóstico completo de HIV, no entanto, faltam testes treponêmicos para o diagnóstico da sífilis e marcadores sorológicos de hepatite B (tabela 14)
- Possui os melhores indicadores nacionais de entrega de resultado: mais da metade entrega o resultado negativo em 15 dias e 97,6%, em até 30 dias. Apenas 41,1% entregam em 15 dias o resultado do confirmatório do HIV (tabela 14);
- Taxa de retorno semelhante à nacional; 71,6% têm taxas de retorno acima de 75% (tabela 14);
- Região com maior proporção de serviços que adotam a flexibilização do anonimato (66,7%) (tabela 10);
- É a região que menos oferece aconselhamento pré-teste coletivo (68,3%) e está entre as regiões que menos exigem aconselhamento pré-teste para realizar exames (23%) (tabela 10);
- Atividades internas de prevenção acima da média nacional (69%), com destaque para as voltadas para populações mais vulneráveis (58,7%) (tabela 17);
- É a região que mais investe em atividades extramuros para as populações mais vulneráveis (50%) e de redução de danos (15,1%), sendo a segunda com maior número de CTA volantes (35,7%) (tabela 17);
- Os CTA da região possuem todos os insumos de prevenção em proporção superior à média nacional, porém faltam gel lubrificante (34,1%), preservativos masculinos 49 mm (69,8%) e preservativos femininos (68,3%). Em 70,6% dos CTA é exigida a identificação ou atendimento prévio para o acesso aos preservativos (tabela 11);
- É a região com maior oferta de kit redução de danos do país (27,8%);
- Tratamento de DST superior à média nacional, sendo a segunda região que proporcionalmente mais incluiu a abordagem sindrômica como estratégia de tratamento (90,8%) (tabela 16);
- Altos índices de referência assistenciais estabelecidas, tanto para HIV (99,2%) quanto para DST (96,2%) e hepatite (91,3%) (tabela 16);
- É a segunda região em oferta de capacitações externas (79,4%), prioritariamente voltadas aos profissionais da rede básica de saúde (95,0%) (tabela 18).

Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos CTA por região e estado de implantação. Brasil, 2006.

Região e Estado	CTA	
	(nº)	(%)
Norte	53	100
Acre	2	3,8
Amapá	8	15,1
Amazonas	20	37,7
Pará	18	34,0
Rondônia	2	3,8
Roraima	1	1,9
Tocantins	2	3,8
Nordeste	69	100
Alagoas	5	7,2
Bahia	15	21,7
Ceará	3	4,3
Maranhão	13	18,8
Paraíba	4	5,8
Pernambuco	17	24,6
Piauí	5	7,2
Rio Grande do Norte	1	1,4
Sergipe	6	8,7
Sul	57	100
Paraná	26	45,6
Santa Catarina	15	26,3
Rio Grande do Sul	16	28,1
Sudeste	139	100
Espírito Santo	23	16,5
Minas Gerais	24	17,3
Rio de Janeiro	13	9,4
São Paulo	79	56,8
Centro-Oeste	65	100
Distrito Federal	6	9,2
Goiás	13	20,0
Mato Grosso	42	64,6
Mato Grosso do Sul	4	6,2
TOTAL	383	100

Tabela 2 - Cobertura populacional e dos casos de aids (13 anos ou mais) dos municípios com CTA, por região administrativa. Brasil, 2006.

Regiões	Sem CTA		Municípios		Total
	Nº.	%	Nº.	%	
Brasil					
Indicadores Municipais					
População acima de 13 anos	70.191.917	51,2	66.978.490	48,8	137.170.407
Casos de aids em 2005	9.721	30,8	21.832	69,2	31.553
Incidência (100 mil habitantes)	17,53		25,00		18,24
CTA por milhão de habitantes	-		4,78		2,33
% de CTA implantados após 1998	-		59,5		
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	18,6		43,7		23,8
Norte					
Municípios					
População acima de 13 anos	5.097.918	51,3	4.832.225	48,7	9.930.143
Casos de aids em 2005	402	22,3	1.397	77,7	1.799
Incidência (100 mil habitantes)	15,51		19,02		16,09
CTA por milhão de habitantes	-		8,28		4,03
% de CTA implantados após 1998	-		72,7%		
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	20,9		41,4		27,4
Nordeste					
Municípios					
População acima de 13 anos	22.649.557	61,3	13.979.605	38,7	36.629.162
Casos de aids em 2005	1.734	33,6	3.428	66,4	5.162
Incidência (100 mil habitantes)	12,12		17,84		12,55
CTA por milhão de habitantes	-		4,01		1,53
% de CTA implantados após 1998	-		67,7		
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	11,4		35,1		17,2
Centro-Oeste					
Municípios					
População acima de 13 anos	3.989.463	41,4	5.653.543	58,6	9.643.006
Casos de aids em 2005	557	26,8	1.521	73,2	2.078
Incidência (100 mil habitantes)	24,61		23,93		24,53
CTA por milhão de habitantes	-		8,31		4,87
% de CTA implantados após 1998	-		61,3		
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	5,3		27,7		14,2

Regiões	Sem CTA		Com CTA		Total
Sudeste					
Municípios					
População acima de 13 anos	26.971.651	44,6	33.463.594	55,4	60.408.245
Casos de aids em 2005	4.941	30,2	11.435	69,8	16.376
Incidência (100 mil habitantes)	18,89		26,16		19,57
CTA por milhão de habitante	-		3,77		2,09
% de CTA implantados após 1998	-		53,7		
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	22,9		48,7		27,5
Sul					
Municípios					
População acima de 13 anos	11.483.328	55,9	9.076.523	44,1	20.559.851
Casos de aids em 2005	2.087	34,0	4.051	66,0	6.138
Incidência (100 mil habitantes.)	21,0		35,5		22,36
CTA por milhão de habitantes	-		5,62		2,48
% CTA implantados após 1998	-		53,7		
Testes ELISA anti-hiv realizados no SUS por mil habitantes	18,1		53,7		23,8

Tabela 3 - Indicadores selecionados dos municípios com CTA, por inclusão na Política de Incentivo para Aids do Ministério da Saúde. Brasil, 2006.

Indicadores	Incluídos no incentivo		Não incluídos incentivo
	Com CTA	Sem CTA	Com CTA
Caracterização dos municípios			
Nº de municípios	218	209	62
% na Região Centro-oeste	10,1	2,4	14,9
% na Região Norte e Nordeste	27,5	4,8	59,7
% na Região Sul	22,9	23,0	7,5
% na Região Sudeste	39,4	69,9	17,9
População residente	83.093.312	22.128.526	6.261.745
Epidemiológicos			
Incidência de aids por 100 habitantes (2005)	27,8	26,05	15,1
% de municípios com primeiro caso de aids a partir de 1995	1,8	-	11,9
Programa de Aids			
% de recursos aplicados em prevenção	35,3	38,2	-
% de recursos aplicados em assistência	26,5	27,6	-
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por 1 mil habitantes	46,2	37,5	32,0
Indicadores e Rede de Saúde			
Gasto público <i>per capita</i> com saúde (R\$)	209,39	188,19	178,65
% do orçamento municipal em saúde	18,8	19,6	18,3
Cobertura média do PSF (2005)	40,1	36,3	57,7
Média da produção ambulatorial básica <i>per capita</i> (2005)	7,2	7,1	8,5
Média da produção ambulatorial não-básica <i>per capita</i> (2005)	7,2	6,2	4,6
Média do atendimento em DST e aids na Atenção Básica (2005) por 1000 habitantes	6,9	5,1	11,4
Médicos por habitantes	1,2	0,9	0,4
Consultas médicas por habitantes	13,6	12,4	11,9
Mortalidade Infantil	25,4	18,5	34,8
Econômicos e sociais			
PIB <i>per capita</i> (R\$)	11.141,00	11.336,00	8.259
IDH-M	0,78	0,80	0,71
Esperança de vida ao nascer	70,0	71,6	67,6

Tabela 4 - Aspectos organizacionais relativos à inserção, atendimento e gerência dos CTA. Brasil, 2006.

ASPECTO ORGANIZACIONAL (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Tipo de Inserção						
Não inserido em serviço assistencial	18,1	4,3	20,0	32,1	17,6	16,7
Inserido em SAE	40,9	25,5	40,0	26,8	47,1	50,8
Inserido em "serviço especializado"	19,4	17,0	12,5	26,8	17,6	19,8
Inserido em UBS	21,6	53,2	27,5	14,3	17,6	12,7
Período de Atendimento Semanal						
Parcial (até 7 períodos)	54,1	31,9	40,0	25,0	25,5	15,1
Integral (8 a 10 períodos)	64,1	66,0	60,0	71,4	66,7	60,3
Estendido (mais de 10 períodos e/ou após as 18 horas e/ou finais de semana)	11,9	2,1	0	3,6	7,8	24,6
Tipo de Gerência						
Coordenador(a) exclusivo(a) ou acumula funções dentro do próprio CTA	50,3	38,3	62,5	51,8	54,9	48,4
Coordenador(a) da unidade onde está inserido	18,8	38,3	12,5	12,5	13,7	18,3
Coordenador(a) Municipal de DST e Aids	28,8	17,0	25,0	35,7	31,4	30,2
Sem coordenação direta	2,2	6,4	0	0	0	3,2
Reuniões de Equipe						
As reuniões de equipe são semanais, quinzenais ou mensais	59,4	44,7	52,5	64,3	58,8	65,1

Tabela 5 - Características selecionadas das populações atendidas nos CTA. Brasil, 2006.

POPULAÇÃO ATENDIDA (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Grupo Populacional Atendido (principal)						
População geral	60,9	63,8	30,0	42,9	54,9	80,2
Populações mais vulneráveis	1,9	0	0	3,6	0	3,2
População referenciada ¹ (suspeita de Hepatite ou DST)	6,3	4,3	5,0	5,4	13,7	4,8
Gestantes	30,9	31,9	65,0	48,2	31,4	11,9
Grupo Populacional Atendido	Brasil	CO	N	NE	S	SE
População geral	91,9	93,6	85,0	89,3	90,2	95,2
Populações mais vulneráveis	59,7	55,3	25,0	62,5	66,7	68,3
População referenciada ¹ (suspeita Hepatite ou DST)	52,5	46,8	67,5	41,1	54,9	54,0
Gestantes	52,5	57,4	85,0	78,6	52,9	28,6
Origem da População Atendida (3 principais)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Demanda espontânea	56,6	55,3	32,5	50,0	43,1	73,0
Serviços de atenção básica (UBS)	35,0	36,2	57,5	41,1	49,0	19,0
Serviços de referência	6,9	6,4	10,0	8,9	5,9	5,6
Projetos de prevenção	1,3	2,1	0	0	2,0	1,6
Origem da População Atendida (3 principais)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Demanda espontânea	92,8	95,7	92,5	91,1	92,2	92,9
Serviços de atenção básica (UBS)	80,3	85,1	85,0	85,7	82,4	73,8
Serviços de referência	58,1	46,8	67,5	64,3	60,8	55,6
Projetos de prevenção	29,1	38,3	17,5	23,2	25,5	33,3
Bancos de Sangue	16,9	21,3	7,5	12,5	15,7	20,6
Porte do Serviço N= 282	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Pequeno ²	40,8	50,0	36,4	25,0	37,0	47,9
Médio ³	41,1	40,6	36,4	44,2	45,7	39,5
Grande ⁴	18,1	9,4	27,3	30,8	17,4	12,6
Volume de Teste	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Número (N=282)	630.046	43.921	94.959	167.543	103.228	220.395
Proporção	100,0	7,0	15,0	26,6	16,4	35,0
% de resposta de cada região	88,1	68,1	82,5	92,9	90,2	94,4
Taxa de Positividade: (Nº de testes HIV positivos/Nº de testes anti-HIV realizados) N=268	Brasil	CO	N	NE	S	SE
0 I----- 1%	36,9	50,0	65,6	54,9	14,0	25,9
1I----- 5%	50,4	40,0	31,3	41,2	65,1	57,1
5% ou +	12,7	10,0	3,1	3,9	20,9	17,0

1 Suspeita de hepatite ou DST.

2 Até 1200 testes / ano; até 5 testes / dia.

3 1201 a 3600 testes / ano; 6 a 15 testes / dia.

4 3601 testes / ano ou mais; 15 testes / dia ou mais.

5 número de testes HIV – positivo / número de teste anti – HIV realizados (n=268)

Tabela 6 – Distribuição proporcional e resíduo padronizado dos CTA, segundo sua adequação ao perfil de incidência de aids em HSH por indicadores municipais de porte populacional, incidência de aids, presença de incentivo e inserção dos CTA nos serviços de saúde. Brasil, 2006.

Indicadores	Adequação à incidência HSH		
	Sim	Não	Total
Nº. de CTA	88	133	221
	% (zres)	% (zres)	%
Porte populacional do município			
% Até 99 mil habitantes	18,8 (-3,4)	81,3 (3,4)	100,0
% 100 mil a 200 mil habitantes	28,9 (-1,7)	71,1 (1,7)	100,0
% 200 mil a 500 mil habitantes	50,0 (1,6)	50,0 (-1,6)	100,0
% 500 mil habitantes e mais	52,5 (2,9)	47,5 (-2,9)	100,0
p < 0,05			
Incidência de aids			
Até 10 por 100000 (baixa)	33,3 (-0,6)	66,7 (0,6)	100,0
De 10 a 25 por 100000 (média)	31,5 (-2,2)	68,5 (2,2)	100,0
Mais de 25 por 100000 (alta)	48,6 (2,5)	51,4 (-2,5)	100,0
p < 0,05			
Incentivo			
Com incentivo	43,2 (2,2)	56,8 (-2,2)	100,0
Sem incentivo	23,7 (-2,2)	76,3 (2,2)	100,0
p < 0,05			
Inserção em serviços de saúde			
Não inserido	45,0	55,0	100,0
SAE-aids	41,5	58,5	100,0
Outros serviços especializados de atenção secundária	38,8	61,2	100,0
Unidade Básica de Saúde	31,6	68,4	100,0
p > 0,05			

Tabela 7 – Distribuição proporcional e resíduo padronizado dos CTA, segundo sua adequação ao perfil de incidência de aids em UDI por indicadores municipais de porte populacional, incidência de aids, presença de incentivo e inserção dos CTA nos serviços de saúde – Brasil, 2006.

Indicadores	Adequação à incidência UDI		
	Sim	Não	Total
Nº de CTA	66	113	179
	% (zres)	% (zres)	%
Porte populacional do município			
% Até 99 mil habitantes	10,3 (-3,9)	89,7 (3,9)	100,0
% 100 mil a 200 mil habitantes	44,2 (1,1)	55,8 (-1,1)	100,0
% 200 mil a 500 mil habitantes	53,7 (2,5)	46,3 (-2,5)	100,0
% 500 mil habitantes e mais	37,5 (0,1)	62,5 (-0,1)	100,0
p < 0,05			
Incidência de aids			
Até 10 por 100000 (baixa)	10,0	90,0	100,0
De 10 a 25 por 100000 (média)	32,9	67,1	100,0
Mais de 25 por 100000 (alta)	43,2	56,8	100,0
p > 0,05			
Incentivo			
Com incentivo	41,9 (3,6)	58,1 (-3,6)	100,0
Sem incentivo	4,2 (-3,6)	95,8 (3,6)	100,0
P < 0,05			
Inserção em serviços de saúde			
Não inserido	43,2	56,8	100,0
SAE-Aids	34,1	65,9	100,0
Outros serviços especializados de atenção secundária	44,4	55,6	100,0
Unidade Básica de Saúde	30,3	69,7	100,0
p > 0,05			

Tabela 8 – Indicadores epidemiológicos e de rede de assistência à saúde de municípios com CTA que referem gestantes entre as três populações mais atendidas por indicadores de saúde – Brasil, 2006.

Indicadores	Atendimento de gestante		Significância
	Sim	Não	
Epidemiológicos			
Casos de transmissão vertical por 100 mulheres com aids acima de 13 anos	10,5	7,5	> 0,05
Relação masculino/feminino	1,74	1,65	< 0,05
Mortalidade infantil média	30,1	20,7	< 0,05
Mortalidade materna média	69,1	48,7	< 0,05
Rede de assistência à saúde			
Taxa de cobertura da atenção básica	67,6	42,4	< 0,05
% de nascidos vivos com mais de 7 consultas de pré-natal	50,5	65,3	< 0,05
% de nascidos vivos com menos de 4 consultas de pré-natal	12,5	7,7	< 0,05
Testes ELISA anti-HIV realizados no SUS por mil habitantes	39,7	53,7	< 0,05
Gasto público <i>per capita</i> em saúde (R\$)	179,0	236,0	< 0,05

Tabela 9 – Características dos CTA que referem gestantes entre as três populações mais atendidas por porte de município, taxas de incidência da aids, inclusão na política de incentivo e inserção na rede de saúde – Brasil, 2006.

Indicadores	Atendimento à gestante		
	Sim	Não	Total
Nº de CTA	168	152	320
Porte populacional do município		(p < 0,05)	
% Até 99 mil habitantes	74,0 (5,4)	26,0 (-5,4)	100,0
% 100 mil a 200 mil habitantes	56,3 (0,7)	43,8 (-0,7)	100,0
% 200 mil a 500 mil habitantes	44,9 (-1,4)	55,1 (1,4)	100,0
% 500 mil habitantes e mais	28,9 (-5,0)	71,1 (5,0)	100,0
Incidência de aids		(p < 0,05)	
Até 10 por 100000 (baixa)	66,7 (1,8)	33,3 (-1,8)	100,0
De 10 a 25 por 100000 (média)	63,4 (3,7)	36,6 (-3,7)	100,0
Mais de 25 por 100000 (alta)	37,2 (-4,7)	62,8 (4,7)	100,0
Incentivo		(p < 0,05)	
Com incentivo	47,3 (-3,8)	52,7 (3,8)	100,0
Sem incentivo	74,2 (3,8)	25,8 (-3,8)	100,0
Inserção em serviços de saúde		(p < 0,05)	
Não inserido	63,8 (1,9)	36,2 (1,9)	100,0
SAE-Aids	35,1 (-5,2)	64,9 (5,2)	100,0
Outros serviços especializados	51,6 (-0,2)	48,4 (0,2)	100,0
Unidade Básica de Saúde	76,8 (4,6)	23,2 (-4,6)	100,0

Tabela 10 - Distribuição geográfica das práticas relacionadas ao aconselhamento dos CTA. Brasil, 2006.

ACONSELHAMENTO (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Anonimato						
Identificação pelo nome	39,7	53,2	65,0	33,9	33,3	31,7
Identificação por senha ou apelido	3,8	6,4	2,5	8,9	2,0	1,6
Usuário escolhe identificação (senha, nome ou apelido)	56,6	40,4	32,5	57,1	64,7	66,7
Tipo de Aconselhamento	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Aconselhamento pré-teste individual	96,3	93,6	97,5	98,2	96,1	96,0
Aconselhamento pré-teste coletivo	73,8	70,2	77,5	87,5	72,5	68,3
Pós-teste individual	99,4	97,9	100,0	100,0	98,0	100,0
Exames sem aconselhamento pré-teste	19,7	34,0	2,5	25,0	5,9	23,0
Exames sem aconselhamento pós-teste	7,2	21,3	5,0	5,4	5,9	4,0
Não oferece aconselhamento pré-teste individual	3,8	6,4	2,5	1,8	3,9	4,0
Profissional que Realiza Aconselhamento	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Aconselhamento/pré-teste individual-nível superior	98,8	95,7	100,0	98,2	100,0	99,2
Aconselhamento/ pré-teste individual - nível médio	25,6	21,3	20,0	17,9	43,1	25,4
Aconselhamento/ pré-teste coletivo - nível superior	74,4	72,3	75,0	87,5	72,5	69,8
Aconselhamento/ pré-teste coletivo - nível médio	17,8	19,1	22,5	17,9	21,6	14,3
Aconselhamento/ pós-teste - nível superior	96,6	95,7	90,0	100,0	96,1	97,6
Aconselhamento/ pós-teste - nível médio	18,4	14,9	12,5	14,3	37,3	15,9

Tabela 11 - Características físicas, insumos e equipamentos dos CTA Brasil – 2006.

CARACTERÍSTICA ESTRUTURAL (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Área Física						
Sala de aconselhamento individual	96,3	85,1	95,0	100,0	98,0	98,4
Sala de aconselhamento coletivo (ou reunião)	84,1	63,8	77,5	94,6	86,3	88,1
Sala de coleta	89,1	85,1	87,5	94,6	88,2	88,9
Sala de espera	78,4	72,3	70,0	85,7	78,4	80,2
Laboratório na unidade	40,0	51,1	65,0	57,1	29,4	24,6
Recepção exclusiva para o CTA	47,5	12,8	42,5	80,4	35,3	52,4
Dispõe de TODAS as salas citadas	15,0	4,3	25,0	35,7	2,0	11,9
Dispõe de 4 itens ¹	68,8	42,6	70,0	87,5	68,6	69,8
Equipamento						
Computador	85,6	61,7	72,5	91,1	100,0	90,5
Acesso à internet	60,0	29,8	32,5	60,7	80,4	71,4
VCR ou DVD	76,6	57,4	57,5	83,9	74,5	87,3
Modelo pélvico	78,4	53,2	52,5	87,5	84,3	90,5
Pênis de borracha	87,8	72,3	70,0	96,4	90,2	94,4
Álbum seriado	95,0	89,4	100,0	94,6	86,3	99,2
Uso do Sistema de Informação						
Implantação da 1ª versão	24,4	36,2	15,0	26,8	33,3	18,3
Implantação da 2ª versão	39,4	31,9	40,0	33,9	51,0	39,7
Não implantou	36,2	31,9	45,0	39,3	15,7	42,0
Oferta de Insumo						
Kit “transmissão sexual” ²	18,8	10,6	7,5	12,5	25,5	25,4
Preservativos masculinos de 52 mm	98,1	97,9	97,5	96,4	100,0	98,4
Preservativos masculinos de 49 mm	59,7	59,6	35,0	60,7	52,9	69,8
Preservativos femininos	64,7	87,2	35,0	60,7	62,7	68,3
Kits de Redução de Danos	15,9	10,6	2,5	1,8	17,6	27,8
Gel lubrificante	30,3	14,9	10,0	28,6	52,9	34,1
Material Educativo	92,2	91,5	87,5	91,1	92,2	94,4
Acesso ao Insumo de Prevenção						
Não é preciso identificação ou passar por procedimento para acessar insumos	25,3	23,4	5,0	8,9	51,0	29,4
Local de acesso público aos insumos ³	54,4	31,9	32,5	66,1	58,8	62,7

1 sala de aconselhamento individual e coletivo, sala de espera e de coleta ou laboratório.

2 preservativos masculinos de 52 e 49 mm, preservativo feminino e gel lubrificante.

3 display, recepção ou portaria.

Tabela 12 - Tamanho, composição e treinamento das equipes dos CTA. Brasil, 2006.

EQUIPE DO CTA (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Nº de Profissionais da Equipe						
< 7	40,0	48,9	50,0	25,0	53,0	34,9
8 a 14	38,1	31,9	25,0	58,9	33,3	37,2
14 <	21,9	19,1	25,0	16,1	13,7	27,8
Nº de Profissionais de Nível Superior						
< 3	33,1	53,2	20,0	28,6	47,1	26,2
4 a 7	42,2	27,7	55,0	53,6	35,3	41,3
7 a 10	13,8	14,9	15,0	14,3	9,8	14,3
10 >	10,9	4,3	10,0	3,6	7,8	18,3
Categoria Profissional de Nível Superior						
Enfermeiro	76,6	83,0	75,0	66,1	80,4	77,8
Psicólogo	72,5	51,1	72,5	78,6	70,6	78,6
Assistente Social	64,7	36,2	57,5	76,8	58,8	74,6
Médico	53,8	53,2	70,0	42,9	54,9	53,2
Bioquímico/ farmacêutico / biomédico	39,1	40,4	55,0	57,1	23,5	31,7
Outros	21,9	14,9	12,5	19,6	17,6	30,2
Categoria Profissional de Nível Médio						
Agentes de saúde	12,5	27,7	2,5	3,6	13,7	13,5
Redutor de danos	8,8	8,5	2,5	0	11,8	13,5
Técnico de laboratório	29,4	31,9	40,0	44,6	19,6	22,2
Técnico/auxiliar enfermagem	73,1	61,7	70,0	75,0	74,5	77,0
Grupo de coleta ¹	81,3	74,5	80,0	89,3	78,4	81,7
Treinamento da Equipe						
Nenhum profissional da equipe foi treinado para o trabalho no CTA	7,0	4,0	13,3	0	11,5	6,7
A equipe do CTA não foi treinada em nenhum tema no último ano	8,1	17,0	2,5	5,4	9,8	7,1

1 Técnico de laboratório e técnico/auxiliar de enfermagem

Tabela 13 – Condição de gestão adequada segundo acesso de grupos vulneráveis aos CTA.
Brasil, 2006.

			Acesso de população vulnerável		Total
			Não resolutivo	Resolutivo	
Condição de gestão	inadequada	No.	215	39	254
		%	84,6%	15,4%	100,0%
		Zres	3,6	-3,6	
	adequada	No.	43	23	66
		%	65,2%	34,8%	100,0%
		Zres	-3,6	3,6	
Total			No.	258	320
			%	80,6%	100,0%

Tabela 14 - Tipo de exame, tempo entrega de resultados e taxa de retorno de exames diagnósticos dos CTA. Brasil, 2006.

DIAGNÓSTICO (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Cardápio Sorológico						
HIV						
Sorologia completa ¹	25,0	19,1	2,5	16,1	17,6	41,3
Sorologia mínima esperada ²	65,6	72,3	32,5	60,7	54,9	80,2
HIV (ELISA e confirmatório ou Teste Rápido Diagnóstico)	99,4	100,0	97,5	100,0	98,0	100,0
ELISA	98,4	100,0	90,0	100,0	98,0	100,0
Confirmatório (Imunofluorescência ou Western Blot)	97,5	100,0	85,0	100,0	96,1	100,0
Teste rápido diagnóstico (HIV)	5,9	0	37,5	0	5,9	8,0
SÍFILIS						
Sífilis (VDRL e FTA-Abs ou TPHA)	30,6	21,3	10,0	28,6	21,6	45,2
Sífilis – VDRL	87,5	93,6	72,5	89,3	82,4	91,3
Sífilis (FTA-Abs ou TPHA)	30,6	21,3	10,0	28,6	21,6	45,2
HEPATITE						
Hepatite B e C (HBsAg, Anti-HBc, anti-HCV)	64,4	63,8	37,5	57,1	58,8	78,6
Hepatite B (Anti-HBc, HBsAg)	65,3	66,0	37,5	57,1	58,8	80,2
Anti-HBc	67,5	68,1	42,5	60,7	60,8	81,0
HBsAg	72,5	89,4	47,5	62,5	62,7	82,5
Outros marcadores Hepatite B	32,2	42,6	20,0	12,5	25,5	43,7
Hepatite C (anti-HCV)	69,4	74,5	37,5	64,3	64,7	81,7
Hepatite Delta	2,5	0	15,0	1,8	0	0,8
Tempo de Entrega Resultado Elisa Anti-HIV	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Até 15 dias	52,8	38,3	37,5	57,1	56,9	59,5
16 a 30 dias	39,1	53,2	27,5	35,7	41,2	38,1
Mais de 30 dias	8,1	8,5	35,0	7,1	2,0	2,4
Tempo de Entrega Resultado HIV Confirmatório	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Até 15 dias	27,8	14,3	6,7	18,5	28,6	41,1
16 a 30 dias	52,2	52,4	53,3	63,0	46,9	49,2
Mais de 30 dias	20,1	33,3	40,0	18,5	24,5	9,7
Retorno: HIV	Brasil	CO	N	NE	S	SE
< 50	5,0	8,3	9,0	0	2,8	6,4
51 a 75	30,3	37,5	45,5	39,0	27,8	22,1
76 a 90	41,7	45,8	22,7	41,5	36,1	47,4
> 90	22,9	8,3	22,7	19,5	33,3	24,2

1 Diagnóstico de HIV, sífilis e triagem sorológica de hepatites B e C – inclui HIV ELISA e confirmatórios ou teste rápido diagnóstico HIV (TRD HIV); VDRL e FTA-Abs e TPHA; anti-HBc e HBsAg e anti-HCV.

2 – Diagnóstico de HIV e triagem sorológica de sífilis e hepatites B e C – inclui HIV ELISA e confirmatório ou TRD HIV; VDRL; anti-HBc ou HBsAg e anti-HCV.

Tabela 15 – Estimativa de razão de prevalência bruta e ajustada com intervalos de confiança para fatores associados à taxa de retorno dos usuários inferior a 75%. Brasil, 2006.

Fatores analisados	Taxa de retorno dos usuários < 75%			
	%	RPa	IC (95%)	p
Reuniões regulares				
Sim	40,6	1		
Não	59,4	0,67	0,37 – 1,23	0,324
Retorno em 30 dias ou mais				
Não	75,2	1		
Sim	24,8	1,85	1,11 – 3,07	0,018
IC 95%				
Prática de busca ativa				
Não	64,4	1		
Sim	35,6	1,67	0,40 – 6,95	0,475
IC 95%				

RPa – Razão de prevalência ajustada para análise multivariada

Tabela 16 - Oferta de tratamento de DST e estabelecimento de referências assistenciais dos CTA. Brasil, 2006.

ASSISTÊNCIA (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Atividade de Assistência						
Tratamento de DST (N=180)	56,3	63,8	70,0	41,1	45,1	60,3
Abordagem Sindrômica	19,4	16,7	21,4	30,4	21,7	15,8
Abordagem Clínica/Etiológica	15,0	33,3	17,9	4,3	17,4	9,2
Ambas	65,6	50,0	60,7	65,2	60,9	75,0
Aplicação de Penicilina Injetável (N=320)	30,3	48,9	37,5	21,4	7,8	34,1
Referência Assistencial						
Referência estabelecida para HIV/aids	98,8	97,9	100,0	100,0	96,1	99,2
Referência estabelecida para DST	93,4	91,5	87,5	96,4	90,2	96,2
Referência estabelecida para hepatite	86,9	93,6	77,5	78,6	86,3	91,3

Tabela 17 – Ação de prevenção interna e externa dos CTA. Brasil, 2006.

AÇÃO DE PREVENÇÃO (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Atividade Interna	65,0	66,0	70,0	51,8	64,7	69,0
Atividades específicas p/ pop vulneráveis	45,0	29,8	32,5	35,7	45,1	58,7
Grupo de adesão e/ou casal sorodiscordante	25,3	19,1	17,5	23,2	31,4	28,6
Grupo de gestantes	28,4	48,9	47,5	17,9	21,6	22,2
Atividade Extramuro	91,9	80,9	90,0	98,2	94,1	92,9
Distribuição material educativo em eventos	84,4	83,0	72,5	87,5	80,4	88,9
Orientações preventivas em instituições	88,8	76,6	90,0	92,9	92,2	89,7
Atividades específicas p/ pop. vulneráveis	39,7	27,7	15,0	48,2	35,3	50,0
CTA Volante	36,9	27,7	27,5	58,9	31,4	35,7
Atividades de Redução de Danos	11,3	10,6	5,0	5,4	13,7	15,1
População-alvo da atividade extramuro						
Extramuros apenas p/ população geral e/ou jovens	28,4	25,5	40,0	8,9	29,4	34,1
Extramuros apenas p/ população vulnerável	4,1	2,1	5,0	1,8	11,8	2,4
Extramuros p/ pop. geral e vulnerável	59,4	53,2	45,0	87,5	52,9	56,3

Tabela 18 - Oferta de capacitação externa e público alvo das capacitações realizadas pelos CTA. Brasil, 2006.

CAPACITAÇÃO (%)	Brasil	CO	N	NE	S	SE
Capacitação externa						
Realiza capacitações externas (N=225)	70,3	53,2	47,5	69,6	82,4	79,4
População alvo da capacitação						
Profissionais da rede básica de saúde	92,4	88,0	73,7	92,3	97,6	95,0
Profissionais de outros CTA	24,9	16,0	15,8	23,1	26,2	29,0
Profissionais da rede especializada de aids	12,9	4,0	21,1	10,3	14,3	14,0
Profissionais de outras instituições	62,2	44,0	36,8	66,7	69,0	67,0

Tabela 19 - Características organizacionais, clientela atendida e estrutura dos CTA segundo os perfis tecnológicos. Brasil, 2006.

Características do perfil tecnológico dos CTA	Assistencial	Promoção à saúde	Atenção integral	Básico
Número de CTA	69	96	86	69
Estrutura				
Presença de salas de aconselhamento individual e coletivo, espera e coleta	55,1	62,5	61,6	39,1
Coleta de amostra de sangue no próprio serviço	65,2	88,5	50,0	52,2
Disponibilidade de preservativos masculino, feminino e gel	11,6	35,4	18,6	2,9
% de médicos na equipe técnica	17,9	9,1	24,0	15,7
Clientela do serviço				
Populações vulneráveis	47,8	50,0	17,4	2,9
Referência de serviços para pessoas vivendo com aids e hepatites	39,1	3,1	51,2	13,0
Gestantes	4,3	45,8	45,3	98,6
Atividades desenvolvidas				
Prevenção interna à unidade				
População vulnerável	33,3	56,3	64,0	17,4
Grupos de adesão e pares e discordantes	20,3	27,1	44,2	4,3
Prevenção extramuros				
Não realiza	15,9	-	-	21,7
Para população geral	79,7	00,0	01,2	50,7
Para a população geral e vulnerável	-	95,8	97,7	20,3
Redução de danos	02,9	19,8	17,4	-
CTA volante	13,0	65,6	37,2	20,3
Diagnóstico e assistência				
Sorologia para HIV, sífilis e hepatites B e C	79,7	65,6	81,4	31,9
Tratamento de DST	60,9	27,1	91,9	47,8
Referência assistencial formal	63,8	61,5	89,5	58,0
Acesso				
Atendimento noturno	8,7	24,0	14,0	1,4
Identificação livre (senha, apelido ou nome)	60,9	84,4	40,7	33,3
Não obrigatoriedade de aconselhamento pré ou pós-teste	15,9	31,3	30,2	7,2

Tabela 20 - Distribuição percentual e resíduo padronizado (Zres) dos perfis tecnológicos dos CTA por região, local de implantação, inserção na rede de saúde e período de implantação – Brasil, 2006.

Local de implantação e inserção na rede de saúde	Perfil tecnológico				X ²
	Assistencial % e (Zres)	Promoção à saúde % e (Zres)	Atenção integral % e (Zres)	Básico % e (Zres)	P
Período de implantação					
Até 1993	2,8 (2,1)	1,9 (-0,4)	0,9 (-1,6)	1,6 (0,0)	
De 1994 a 1998	7,8 (0,4)	15,6 (4,4)	7,2 (-1,7)	3,8 (-3,4)	
De 1999 a 2002	4,7 (-1,3)	6,3 (-1,8)	10,6 (2,8)	6,3 (0,2)	
A partir de 2003	6,3 (-0,3)	6,3 (-2,5)	8,1 (-0,1)	10,0 (3,2)	< 0,05
Região					
Centro-Oeste	2,5 (-0,8)	3,1 (-1,4)	5,0 (1,2)	4,1 (1,1)	
Norte	1,6 (-1,5)	1,9 (-2,2)	2,2 (-1,4)	6,9 (5,5)	
Nordeste	0,9 (-3,2)	9,1 (3,9)	4,7 (0,0)	2,8 (-1,1)	
Sul	4,1 (0,7)	4,7 (-0,1)	3,1 (-1,3)	4,1 (0,7)	
Sudeste	12,5 (3,6)	11,3 (-0,4)	11,9 (1,1)	3,8 (-4,2)	< 0,05
Município					
Até 50 mil habitantes	1,3 (-1,6)	1,3 (-2,6)	3,1 (0,1)	5,6 (4,4)	
Entre 50 mil e 100 mil habitantes	1,3 (-3,5)	6,9 (0,5)	8,8 (3,0)	4,4 (-0,2)	
Entre 100 mil e 200 mil habitantes	3,4 (-1,0)	5,9 (-0,1)	5,6 (0,3)	5,0 (0,7)	
Entre 200 mil e 500 mil habitantes	5,6 (1,0)	8,8 (2,2)	3,1 (-2,6)	4,1 (-0,6)	
Mais de 500 mil habitantes	10,0 (4,4)	7,2 (-0,5)	6,3 (-0,7)	2,5 (-3,1)	< 0,05
Inserção na rede de saúde					
Não inserido em serviços de atenção	1,6 (-1,1)	6,3 (3,7)	0,6 (-3,0)	2,5 (0,2)	
SAE/AIDS e serviços especializados	13,4 (2,8)	10,6 (-2,8)	15,3 (2,1)	7,8 (-2,1)	
UBS	4,1 (-0,3)	4,1 (-2,0)	4,4 (-1,1)	7,8 (3,7)	
Em programas	0,3 (-2,1)	4,4 (3,4)	1,3 (-1,1)	1,3 (-0,5)	
Em programas e unidades de atenção secundária	2,2 (-1,1)	4,7 (0,4)	5,3 (1,7)	2,2 (-1,1)	< 0,05

Tabela 21 - Indicadores sociais, epidemiológicos e de saúde, segundo municípios caracterizados pelo perfil tecnológico de CTA predominante – Brasil, 2006.

Indicadores epidemiológicos, sociais e de saúde	Municípios com predominância nos perfis tecnológicos				Bonferroni p
	Assistencial	Promoção	Integral	Básico	
Epidemiológicos					
Nº de casos de aids entre 2000 e 2005	34.972	29.809	14.123	6.967	-
Incidência média de aids por 100 mil habitantes*	41,6	30,4	25,1	25,7	< 0,05
Demográficos e econômicos					
PIB per capita em reais (2004)	13.312,00	10.476,00	10.613,00	8.695,00	-
IDH-M (2000)*	0,80	0,76	0,77	0,75	< 0,05
Saúde					
Gasto municipal médio em saúde per capita (R\$)*	151,9	99,9	105,6	87,9	< 0,05
% média de gestantes com menos de quatro consultas de pré-natal**	7,93	10,17	9,79	14,9	< 0,05

*Diferença significativa do perfil assistencial com os outros três perfis.

**Diferença significativa do perfil assistencial com o perfil básico.

Tabela 22 - Distribuição percentual e resíduo padronizado (Zres) dos perfis tecnológicos dos CTA e indicadores de prevalência e acesso dos serviços – Brasil, 2006.

Indicadores de produção e acesso	Perfis Tecnológicos				X ²
	Assistencial % e (Zres)	Promoção à saúde % e (Zres)	Atenção integral % e (Zres)	Básico % e (Zres)	p
Positividade do HIV					
% de serviços com menos de 1% de positividade	4,9 (-2,5)	12,3 (-0,1)	9,7 (0,4)	10,1 (2,2)	< 0,05
% de serviços com mais de 5% de positividade	5,2 (3,0)	3,4 (-0,9)	3,0 (-0,2)	1,1 (-1,8)	< 0,05
Oferta de sorologia					
% dos serviços que não realizam sorologia para sífilis (VDRL)	1,6 (-1,5)	1,6 (-2,6)	2,2 (-1,4)	7,2 (5,9)	< 0,05
% dos serviços que não realizam sorologia para hepatite B (HBsAg)	3,1 (-2,7)	9,1 (0,7)	5,3 (-1,9)	10,0 (4,0)	< 0,05
% dos serviços com falta de kit para triagem (q581)	2,9 (-1,9)	8,7 (0,9)	4,4 (-1,7)	7,3 (2,8)	< 0,05
Preservativo					
% de serviços que disponibilizam o preservativo em local de acesso público	9,7 (-1,8)	21,6 (4,1)	14,4 (-0,2)	8,8(-2,6)	< 0,05
% dos serviços que disponibilizam o preservativo conforme a necessidade do usuário	2,8 (1,2)	2,5 (-0,4)	4,1 (2,1)	0,0 (-3,0)	< 0,05
% dos serviços que disponibilizam preservativos por cota diferenciada por grupo social	13,8 (-2,2)	24,1 (1,6)	21,6 (1,5)	14,7(-1,3)	< 0,05
% dos serviços que consideram suficiente o número de preservativos	16,6 (2,0)	19,4 (-0,5)	19,1 (1,0)	11,6 (-2,6)	< 0,05

Tabela 23 - Perfil tecnológico dos CTA e indicadores de produção dos serviços – Brasil, 2006.

Indicadores de produtividade	Perfil tecnológico			Bonferroni	
	Assistencial	Promoção à saúde	Atenção integral	Básico	p
Produtividade					
Número médio de testes/dia por profissional técnico*	1,3*	2,3*	1,4*	1,9	< 0,05
Taxa de retorno e tempo para o resultado					
Taxa média de retorno do usuário para o resultado	79,8	76,9	79,5	80,2	> 0,05
Número médio de dias para o resultado do teste de triagem**	20,6	18,9	16,7	22,1	< 0,05

Referências bibliográficas

ARAÚJO, L. C. *Estudo transversal da prevalência da infecção pelo HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento de Campos e COORTE retrospectiva da transmissão materno-infantil do HIV no Município de Campos dos Goytacazes - RJ*. 2006. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual do Norte Fluminense, Rio de Janeiro, 2006a.

ARAÚJO, P. J. *Estudo das características relacionadas à falha no retorno para aconselhamento pós-teste e entrega de resultado de HIV no Centro de Testagem e Aconselhamento Betinho*. Dissertação (Mestrado)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006b.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med. Res. Methodol.*, [S.l.], v. 3, n. 21, 2003.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 16, p. S65-S76, 2000. Suplemento 1.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS E DST. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 1-26, 2004.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, v. 17, n. 1, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n.º 1.626, de 10 de julho de 2007. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de julho 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Curso básico de vigilância epidemiológica: sífilis em gestantes, sífilis congênita infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos, 2004*. Brasília(DF); 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das

Hepatites Virais. *Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: manual de aconselhamento em hepatites virais*. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Área de Avaliação. *Teste anti-HIV*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B0F93F5F0-79BD-4CAC-97D2-10D760514F13%7D/testagem.pdf>. (acesso em 10 set. 2007).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes*. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids: manual de utilização*. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Relatório de implementação e avaliação – 1998 a 2002 (versão preliminar)*. Brasília, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual*. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *AIDS II: desafios e propostas: documento preliminar para discussão – Projeto Aids II*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Técnica Ministerial n.º 874, de 3 de julho de 1997. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jul. 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. *Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília, 1993.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, [S.l.], v. 94, n. 2, p. 207-217, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en&nrm=iso (acesso em 17 ago. 2007).

CABRAL, R. J.; GALAVOTTI, C.; GARGIULLO, P. M. Paraprofessional delivery of a theory based HIV Prevention Counseling Intervention for Women. *Public Health Reports*, [S.l.], v. 3, p. 75-82, 1996. Suplemento 1.

CARDOSO, A. J. C. *Ensaios sobre a implantação nacional de um Sistema de Informação nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST e aids*. 2004. Tese (Doutorado)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

CASTRO, C. A. V. *Avaliação da incidência, prevalência, peril sócio-demográfico e subtipagem de infecção pelo HIV em populações testadas nos centros de testagem e aconselhamento no Rio de Janeiro*. 2006. Dissertação (Mestrado)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CENTERS FOR DISEASE OF CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recommendations of the U.S. Public Health Service Task Force on the Use of Zidovudine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *MMWR*, [S.l.], v. 43, n. RR-11, 1994. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00038277.htm> (acesso em 10 set. 2007).

DOLCINI, M. M. et al. Theoretical Domains : a heuristic for teaching behavioral theory in HIV/STD prevention courses. *Health Promotion Practice*, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 404-417, 2004.

FERREIRA, A. D. et al. Injecting drug users who are (un)aware of their HIV serostatus: findings from the multi-center study AjUDE-Brasil II. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 4, p. 815-826, 2006.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 6, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=iso (acesso em 16 ago. 2007) .

FILHO, ADR. *A pertinência da consulta ginecológica nos Centros de Testagem Anônima para o HIV*. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual de Campinas]. Campinas, 2000.

FRANÇA JUNIOR, I. et al. *Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa MS/Ibope*. 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> (acesso em 5 out 2007).

JESUS, J. S. *Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS do estado da Bahia*. 2006. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

KAMB, M. L. et al. Quality Assurance of HIV Prevention Counseling in a Multi-Center Randomized Controlled Trial. *Public Health Reports*, [S.l.], v. 3, p. 99-107, 1996. Suplemento 1.

LOHN, L. G. *Ação educativa em saúde: estudo de caso em Centro de Testagem e Aconselhamento*. 2005. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LUPPI, C. G. *Fatores associados à infecção por HIV em mulheres atendidas em um Centro de Orientação e Aconselhamento Anônimo, no Município de São Paulo*. 1997. Dissertação (Mestrado)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MARINS, J. R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, [S.l.], v. 17, p. 1675-1682, 2003.

MENDES-GONÇALVES RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (CTA/COAS) da Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 15, p. 355-367, 1999.

OLIVEIRA, C. A. F. *Estimativa da incidência de infecção pelo HIV com amostras de soro de gestantes e de usuários de CTA encaminhadas para diagnóstico, empregando o algoritmo de testes sorológicos para infecção recente pelo HIV (STARHS)*. 2006. Dissertação (Mestrado)–Coordenadoria Controle de Doenças da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEREIRA, J. C. *Análise de dados qualitativos*. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2004. p. 93-99.

PUPO, L. R. *Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica*. 2007. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RIBEIRO FILHO, Ayrton Daniel. *A pertinência da consulta ginecológica nos Centros de Testagem Anônima para o HIV*. 2000. Tese (Doutorado)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *20 anos do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo*. São Paulo, 2003.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, S. M. B. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): caminhos e trilhas em construção*. 2004. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SIQUEIRA, E. M. P. *Perfil de risco e avaliação do teste rápido para o vírus da imunodeficiência humana em voluntários do centro de testagem e aconselhamento na cidade de Goiânia - GO*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2000.

SOUZA, SMB. *Perfil epidemiológico da clientela de centros de testagem para o HIV e aconselhamento em Goiás*. Goiás: Universidade Federal de Goiás; 2000.

SOUZA JÚNIOR, P. R. B. et al. HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil, 2002. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.], v. 38, n. 6, p. 764-772, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2007.

SOUZA, S. M. B. *Perfil epidemiológico da clientela de centros de testagem para o HIV e aconselhamento em Goiás*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2000.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 143-168.

UNAIDS/ World Bank. *Seminário conjunto do Banco Mundial / UNAIDS: Resposta à crise de HIV/AIDS, lições das melhores práticas globais: intercâmbios de idéias do Brasil, Senegal, Tailândia e Uganda*. Genebra: UNAIDS, 2004.

VALDISERRI, R. HIV counseling and testing: its evolving role in HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, [S.l.], v. 9, p. 2-13, 1997. Suplemento B.

VELOSO, V. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. *Boletim Epidemiológico de Aids*, [S.l.], v. 12, n. 3, 1999.

WOLFFENBÜTTTEL, K. *A Organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): no enfrentamento da epidemia de DST/Aids no Estado de São Paulo*. 2006. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, 2006.

WORLD BANK. *Documento de avaliação de projeto sobre empréstimo mundial proposto no montante equivalente a US\$165 milhões ao Brasil para um segundo projeto de controle de AIDS e DST*. Washington, 1998. Relatório nº 18338-BR. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids2_planejamento.htm>. Acesso em: 30 mar. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training – Global Programme on AIDS*. Geneva, 1995a. WHO/GPA/TCO/HCS/94.9.

_____. *Global Programme on AIDS. Counselling for HIV/AIDS: a Key to Caring*. Geneva, 1995b.

_____. *Guidelines for Counselling about HIV Infection and Disease AIDS*. Geneva, 1990. (Series 8).

WORLD HEALTH ORGANIZATION; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *The impact of Voluntary Counseling and Testing: a global review of the benefits and challenges*. Geneva, 2001. Disponível em: <http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc580-vct_en.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Policy Statement on HIV Testing*. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Towards universal access scaling up priority HIV/aids interventions in the health sector*. Geneva, 2007.

Índice de tabelas e gráficos

a) Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos CTA por região e estado de implantação. Brasil, 2006 ..	75
Tabela 2 - Cobertura populacional e dos casos de aids (13 anos ou mais) dos municípios com CTA, por região administrativa. Brasil, 2006	76
Tabela 3 - Indicadores selecionados dos municípios com CTA, por inclusão na Política de Incentivo para Aids do Ministério da Saúde. Brasil, 2006	78
Tabela 4 - Aspectos organizacionais relativos à inserção, atendimento e gerência dos CTA. Brasil, 2006	79
Tabela 5 - Características selecionadas das populações atendidas nos CTA. Brasil, 2006	80
Tabela 6 - Distribuição proporcional e resíduo padronizado dos CTA, segundo sua adequação ao perfil de incidência de aids em HSH por indicadores municipais de porte populacional, incidência de aids, presença de incentivo e inserção dos CTA nos serviços de saúde. Brasil, 2006	81
Tabela 7 - Distribuição proporcional e resíduo padronizado dos CTA, segundo sua adequação ao perfil de incidência de aids em UDI por indicadores municipais de porte populacional, incidência de aids, presença de incentivo e inserção dos CTA nos serviços de saúde – Brasil, 2006	82
Tabela 8 - Indicadores epidemiológicos e de rede de assistência à saúde de municípios com CTA que referem gestantes entre as três populações mais atendidas por indicadores de saúde – Brasil, 2006	83
Tabela 9 - Características dos CTA que referem gestantes entre as três populações mais atendidas por porte de município, taxas de incidência da aids, inclusão na política de incentivo e inserção na rede de saúde – Brasil, 2006	84
Tabela 10 - Distribuição geográfica das práticas relacionadas ao aconselhamento dos CTA. Brasil, 2006	85

Tabela 11 - Características físicas, insumos e equipamentos dos CTA Brasil – 2006	86
Tabela 12 – Tamanho, composição e treinamento das equipes dos CTA. Brasil, 2006	87
Tabela 13 – Condição de gestão adequada segundo acesso de grupos vulneráveis aos CTA. Brasil, 2006	88
Tabela 14 – Tipo de exame, tempo entrega de resultados e taxa de retorno de exames diagnósticos dos CTA. Brasil, 2006	89
Tabela 15 - Estimativa de razão de prevalência bruta e ajustada com intervalos de confiança para fatores associados à taxa de retorno dos usuários inferior a 75%. Brasil, 2006	90
Tabela 16 - Oferta de tratamento de DST e estabelecimento de referências assistenciais dos CTA. Brasil, 2006	90
Tabela 17 - Ação de prevenção interna e externa dos CTA. Brasil, 2006	91
Tabela 18 - Oferta de capacitação externa e público alvo das capacitações realizadas pelos CTA. Brasil, 2006	91
Tabela 19 - Características organizacionais, clientela atendida e estrutura dos CTA segundo os perfis tecnológicos. Brasil, 2006	92
Tabela 20 - Distribuição percentual e resíduo padronizado (Zres) dos perfis tecnológicos dos CTA por região, local de implantação, inserção na rede de saúde e período de implantação – Brasil, 2006	93
Tabela 21 - Indicadores sociais, epidemiológicos e de saúde, segundo municípios caracterizados pelo perfil tecnológico de CTA predominante – Brasil, 2006	94
Tabela 22 - Distribuição percentual e resíduo padronizado (Zres) dos perfis tecnológicos dos CTA e indicadores de prevalência e acesso dos serviços – Brasil, 2006	95
Tabela 23 - Perfil tecnológico dos CTA e indicadores de produção dos serviços – Brasil, 2006	96

b) Gráficos

Gráfico 1 – Número de CTA e ano de implantação. Brasil, 2006	30
Gráfico 2 - Distribuição proporcional por região e ano de implantação dos CTA do Brasil – 1993 a 2006	31
Gráfico 3 - Evolução da cobertura dos CTA por população, casos de aids e tempo de implantação. Brasil, 1990 a 2005	33
Gráfico 4 – Municípios com CTA por faixa de incidência de aids. Brasil, 2005	34
Gráfico 5 – Municípios com alta incidência do HIV e presença de CTA. Brasil, 2005	34
Gráfico 6 - Prevalência do HIV em CTA por região. Brasil, 2006	36
Gráfico 7 – Os três principais grupos populacionais atendidos no CTA. Brasil, 2006	37
Gráfico 8 – Três principais origens da população atendida nos CTA. Brasil, 2006	38
Gráfico 9 – CTA de municípios com proporção de casos de aids acima da média regional entre HSH e UDI e que atendem prioritariamente esses segmentos. Brasil, 2006	39
Gráfico 10 – Horário de atendimento dos CTA. Brasil, 2006	44
Gráfico 11 – Período de atendimento dos CTA por população, atividade e porte. Brasil, 2006	45
Gráfico 12 – Critérios de identificação dos usuários em CTA. Brasil, 2006	46
Gráfico 13 – Espaço físico dos CTA. Brasil, 2006	47
Gráfico 14 – Disponibilidade de espaço físico nos CTA. Brasil, 2006	47
Gráfico 15 – Relação entre profissional de nível superior e nível médio/técnico. Brasil, 2006	48
Gráfico 16 – Composição da equipe dos CTA. Brasil, 2006	48
Gráfico 17 – Gerência e instrumentos de gestão dos CTA. Brasil, 2006	49

Gráfico 18 – Sorologias ofertadas nos CTA. Brasil, 2006	51
Gráfico 19 – Cardápio sorológico disponibilizado nos CTA. Brasil, 2006	52
Gráfico 20 – Tempo de entrega do diagnóstico anti-HIV pelos CTA. Brasil, 2006	53
Gráfico 21 – Indicadores de resolubilidade na oferta do diagnóstico do HIV em CTA. Brasil, 2006	54
Gráfico 22 – Resolubilidade dos CTA na oferta do teste anti-HIV. Brasil, 2006	55
Gráfico 23 – Tipos de aconselhamento realizado nos CTA. Brasil, 2006	55
Gráfico 24 – Formação dos profissionais que realizam aconselhamento nos CTA. Brasil, 2006	56
Gráfico 25 – Atividades de prevenção extramuros realizadas pelos CTA. Brasil, 2006	58
Gráfico 26 – Atividades de prevenção realizadas internamente nos CTA. Brasil, 2006	58
Gráfico 27 – Insumos de prevenção disponíveis nos CTA. Brasil, 2006	59
Gráfico 28 – Materiais de apoio às ações de prevenção em CTA. Brasil, 2006	60
Gráfico 29 – Protocolo adotado nos CTA que realizam tratamento das DST. Brasil, 2006	60
Gráfico 30 – Público das capacitações realizadas nos CTA. Brasil, 2006	61

