SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES[1]

SYSTEM OF INFORMATION IN AIDS: LIMITS AND POSSIBILITIES

*Lúcia Yasuko Izumi Nichiata**
*Hisako Shima***

NICHIATA, L.Y. I.; SHIMA, H. Sistema de informação em AIDS: limites e possibilidades. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 33, n.3, p. 305-12, set. 1999.

RESUMO

O artigo faz uma análise do atual Sistema de Informação (SI) em AIDS, apontando as dificuldades com que se defrontou ao buscar caracterizar o modo como ocorria e evoluía em 1995 a epidemia da AIDS na Administração Regional de Saúde de Pirituba-Perus (ARS-8) do município de São Paulo. São enumeradas algumas críticas que a Vigilância Epidemiológica e o SI vêm sofrendo nos últimos anos, tais como a centralização e a desagregação das informações; dados que contemplam aspectos eminentemente biológico e a utilização de formulários complexos. Estas questões somadas às dificuldades que se impuseram ao se buscar caracterizar a epidemia na região, revelou que o sistema, tal como se encontrava estruturado, dificultava a caracterização da epidemia e o acompanhamento sistemático pelos níveis locais de saúde. Chama-se a atenção para a necessidade de revisão da finalidade do SI em AIDS, da natureza e da qualidade dos dados coletados. Reitera-se a importância da integração dos diversos bancos de dados sócio-demográficos e do enfoque microlocalizado do Sl para o Distrito de Saúde.

UNITERMOS: AIDS. Vigilância epidemiológica. Sistema de informação.

ABSTRACT

The article makes an analysis of the current System of Information (SI) in AIDS, aiming the difficulties with that was confronted when looking for to characterize the way as it happened and it developed in 1995 the epidemic of the AIDS in the Regional Administration of Health of Pirituba-Perus (ARS-8) of the municipal district of São Paulo. Some are enumerated critics that the Epidemic Surveillance and the SI they come suffering in the last years, such as the centralization and the disaggregation of the information; the data that contemplate aspects eminently biological, the use of complex forms. These subjects, added to the difficulties that were imposed to the he/she/it to look for to characterize the epidemic in the area, he/she revealed that the system, just as her found structured, it hindered the characterization of the epidemic and the systematic accompaniment for the local levels of health. He/she gets himself the attention for the need of revision of the purpose of the SI in AIDS, of the nature and of the quality of the collected data. It is reiterated the importance of the integration of the several databases partner-demografics of the focus microlocalizado of Sl for the District of Health.

UNITERMS: AIDS. Epidemiologic surveillance. Information.

INTRODUÇÃO

Com a consolidação progressiva do processo de descentralização das ações de saúde no País, estratégia central do Sistema Único de Saúde, coube aos municípios, através dos Distritos de Saúde (DS) viabilizar o direito universal à saúde (BRASIL, 1990).

É no espaço territorial, político e administrativo do município que os cidadãos vivenciam efetiva e concretamente os seus problemas sendo nele, portanto, que com maior agilidade se identificam as necessidades de saúde mais atinentes à realidade de cada local.

---

[1] Artigo baseado na Dissertação de Mestrado "Epidemiologia da AIDS: os (des)caminhos da informação", 1995.

* Professora Assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.
** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

Dessa forma, cabe aos municípios buscar as explicações dos condicionantes e determinantes da situação de saúde da população na sua área de abrangência e, com base nos conhecimentos assim gerados, traçar estratégias para a definição e a implementação de políticas de saúde, bem como implantar um processo de acompanhamento e avaliação das mesmas (VAUGHAM; MORROW, 1992; MENDES, 1994).

O município de São Paulo, dada a sua extensão territorial e o seu enorme contingente populacional - mais de 9 milhões de pessoas (CENSO DEMOGRÁFICO, 1994) e ainda a heterogeneidade na qualidade de vida e saúde dos seus residentes, não pode ser considerado como uma totalidade espacial única, pois congrega inúmeros espaços geográficos significativamente diferentes que acabam por refletir condições materiais de existência também distintas.

Especialmente no que diz respeito à compreensão da dinâmica e da evolução da epidemia de AIDS, é importante visualizar a sua distribuição num dado espaço territorial, reconhecendo a existência de várias "epidemias microregionais", como conseqüência do processo desigual de desenvolvimento e urbanização das cidades (BASTOS, et al., 1995; GRANGEIRO, 1994).

GRANGEIRO (1994), ao analisar os casos de AIDS notificados no Município de São Paulo no período de 1988 a 1992, agrupando as diferentes regiões da cidade segundo o modo de comportamento da epidemia, já havia demonstrado que as diferenças observadas apresentavam um estreito vínculo com "*as condições materiais e objetivas que cada segmento populacional possui para a concretização de sua existência*".

Assim, na realidade configuram-se "sub-epidemias" de AIDS que atingem de formas distintas os diferentes grupos, estratos e segmentos sociais, impondo a necessidade de conhecer as especificidade de cada um deles para buscar implementar intervenções mais congruentes com às realidades vivenciadas e, portanto, mais efetivas no controle da epidemia (GRANGEIRO, 1994; BASTOS; BARCELOS, 1995; BASTOS, et al.,1995).

Nessa perspectiva, realizou-se uma investigação que buscou caracterizar o modo como ocorre e evolui a epidemia da AIDS na Administração Regional de Saúde de Pirituba-Perus (ARS-8) do Município de São Paulo (NICHIATA, 1995), local onde vinha sendo desenvolvido, desde 1990, um Projeto de Integração Docente-Assistencial, em virtude de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1990a; 1990b; 1992).

No presente artigo, proceder-se-á uma análise do sistema de informações em AIDS, apontando as dificuldades encontradas na busca do objetivo proposto.

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O termo vigilância epidemiológica é recente, embora o *ato de vigiar* para acompanhar os acontecimentos referentes ao processo saúde-doença seja antigo na Saúde Pública. Em cada momento histórico, a vigilância visou o controle de doentes e doenças nos coletivos humanos de acordo com os conceitos e noções vigentes em determinada época (WALDMAN, 1991).

No Brasil, na década de 70, vivia-se um momento político de sucessivos governos militares, pautados pelo autoritarismo e pela centralização das decisões, com reflexos em toda a administração pública, incluindo o setor saúde. Os êxitos conseguidos através de programas centralizados e verticalizados, no controle de algumas doenças transmissíveis, por exemplo, bem como a agilidade com que se enfrentaram as epidemias de poliomielite e varíola, vieram reforçar a noção da eficácia de tais modelos no contexto vigente na época no País (SÃO PAULO, 1986; PAIM; TEIXEIRA, 1992; CARVALHO; WERNECK, 1994).

Deste modo, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, organizado em 1975, seguiu também a mesma lógica de decisões centralizadoras, sendo as ações de coleta de informação desenvolvidas nos serviços locais de saúde.

Naquele momento, foi conceituado como um conjunto de "*informações, investigações e levantamentos necessários à programação e avaliação das medidas de controle de doenças e de situações, de agravos à saúde*". Embora só posteriormente tenha sido incluída a *"execução das medidas de controle pertinentes"*, essa última ação tem gerado uma série de discussões, por ser a vigilância tomada exclusivamente como um sistema de informação, dissociado da ação de controle (BARATA, 1987; WALDMAN, 1991).

A promulgação da Lei Orgânica da Saúde, de número 8080/90, que normatizou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), re-elaborou esse conceito, ampliando as possibilidades de intervenção da vigilância, ao agregar também as ações de controle (BARATA, 1993). A vigilância passou então a ser concebida como um "*conjunto de ações que poporcionam o conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e*

condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de reconhecer e adotar medidas de prevenção e controle das doenças e agravos".

A "vigilância à saúde", nova concepção de vigilância, concebe o processo saúde-doença de forma mais ampliada, na medida em que busca incorporar os condicionantes (condições e estilos de vida) e os determinantes dos problemas de saúde das populações, articulando-os a um conjunto de políticas econômicas e sociais, visando o controle das "causas", além da redução do risco de doença e outros agravos (RELATÒRIO, 1992). Esta forma de entender a vigilância tem inspirado a recuperação das práticas na área da saúde, hoje tão fragmentadas, ampliando o olhar estrito da vigilância epidemiológica para a questão mais abrangente dos problemas e condições de saúde (RELATÒRIO, 1992; INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, 1993).

Para que se preste à esta finalidade, há necessidade de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) organizado para a obtenção de dados, processamento, análise e transmissão de informações atualizadas, completas e fidedignas, constituindo-se num verdadeiro instrumento para suportar e fortalecer todo o processo de vigilância (CARVALHO; WERNECK, 1994).

Analisando os SIS atualmente existentes, diversos autores identificam inúmeras contradições que os fazem pouco compatíveis com a finalidade expressa mesmo na conceituação mais estrita de vigilância epidemiológica e com a prática cotidiana dos serviços de saúde (TASCA, et al., 1994; SILVA; CHEQUER, 1994; INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, 1993).

Em geral, os SIS são constituídos por grandes bancos de dados centralizados, com sérias limitações de acesso. Esta forma de organização faz com que haja lentidão no encaminhamento das Fichas de Investigação Epidemiológicas através das diversas instâncias pelas quais tramitam. Acrescenta-se também a morosidade em nível central para processar e consolidar os dados e devolvê-los ao nível local em tempo útil para que a informação sirva de base não só para a definição e avaliação das próprias ações de vigilância, mas principalmente para o redirecionamento das ações para o controle de epidemias, por exemplo.

Além disso, em geral as informações são demasiadamente agregadas, por exemplo, por Estados Federados ou por Municípios, o que acaba resultando numa homogeneização dos problemas de saúde de distintos grupos populacionais, mascarando assim as possíveis desigualdades no modo de ocorrência das doenças e dificultando seu enfrentamento (TASCA et al., 1994).

Como conseqüência da centralização, surgem os chamados "sistemas paralelos", para suprir as necessidades de geração de informação frente às demandas de diversos programas e às especificidades locais, redundando em coleta simultânea de informações semelhantes, por diferentes instituições (INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, 1993).

Outro ponto a ser considerado no SIS é a própria ênfase dada à coleta de dados clínicos, deixando de contemplar as demais dimensões da vida que possibilitariam configurar um perfil mais completo de saúde da população, como dados sócio-econômicos e demográficos. Além disso, mesmo as informações já produzidas por entidades de diversas naturezas sobre demografia, mortalidade, recursos do setor de saúde, vigilância sanitária, etc, encontram-se freqüentemente em bancos de dados isolados, não sendo coletadas e processadas conjuntamente com as demais informações, mesmo quando esse processamento é efetuado pelo mesmo órgão de saúde.

É também freqüente o uso de formulários complexos e inespecíficos, preenchidos no nível local de assistência e posteriormente enviados para análise em nível central. Tais informações raramente retomam à sua origem, compiladas e analisadas de modo a justificar a pertinência dessa atividade. Dessa forma, o sistema de informação se reduz a um conjunto de tarefas "burocráticas" de simples coleta de dados, com pouco significado para os trabalhadores nelas envolvidos. Isto acaba refletindo na má qualidade do preenchimento das Fichas e na pouca adesão dos equipamentos de saúde em geral, resultando no sério problema da sub-notificação (TASCA et al., 1994; MORAES, 1994).

A forma de organização do atual SIS também caracteriza-se pela exclusão da comunidade na geração e no uso das informações. A análise e interpretação dos dados no nível local, num trabalho conjunto entre os técnicos da área da saúde e representantes da população, divulgando a realidade constatada, resgataria o verdadeiro significado da proposição do Sistema de Informação (TASCA et al., 1994; MORAES, 1994).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM AIDS

A AIDS faz parte do rol de doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo desde 1983; foi somente no ano seguinte que o Ministério da Saúde instituiu tal obrigatoriedade em todo o território nacional (GUERRA, 1993; SANTOS, 1994). Praticamente todo o conhecimento existente sobre a epidemia resulta da análise dos dados relativos aos casos notificados possibilitada pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (BUCHALLA, 1991; SANTOS, 1994).

Da forma como se encontra estruturado o Sistema de Informação no Estado de São Paulo, compete a todos os equipamentos locais - municipais, estaduais e privados - encaminhar a Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) de AIDS ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) que processa as informações, enviando-as posteriormente ao Ministério da Saúde que, por sua vez, sintetiza os dados em nível nacional (KALICHMAN, 1993).

Até meados de 1995, a informação percorria um trajeto bastante moroso ocasionado pelo atraso no envio das fichas pelos equipamentos de saúde, bem como pelas dificuldades na compilação e divulgação dos dados pelo nível central (SANTOS, 1994, NICHIATA, 1995). Os técnicos do CVE calculam que exista um atraso de aproximadamente um ano ente a realização da notificação e a chegada da ficha. Conforme pudemos constatar no estudo que desenvolvemos, apesar de termos aguardado por mais seis meses a chegada de novas fichas, a totalidade dos dados não havia chegado ao CVE, prejudicando a análise relativa ao último ano do estudo.

Os relatórios emitidos pelo CVE na forma de boletins epidemiológicos fazem uma caracterização da epidemia em termos gerais, considerando os casos ocorridos no Estado de São Paulo como um todo ou, no máximo, a distribuição do número de casos pelos municípios ou por Divisão Regional de Saúde (DIR), antigos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs).

O que ocorria no Município de São Paulo até 1996 ilustra bem como a centralização dos dados no nível central dificultava a caracterização da epidemia e o seu acompanhamento sistemático.

Tendo em vista que o processo de municipalização não se efetivou de modo completo na cidade de São Paulo, existiam inúmeros equipamentos estaduais de saúde que se reportavam diretamente ao CVE no que se refere à notificação de AIDS. Deste modo, a Secretaria Municipal da Saúde tinha acesso somente às notificações produzidas pelos equipamentos de saúde municipais.

Assim, embora o Programa de Prevenção e Controle de DST/AIDS da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo tenha iniciado suas atividades em 1989, até início de 1997 não se conhecia a totalidade dos casos e o detalhamento relativo às Administrações Regionais de Saúde (ARS) ou aos Distritos de Saúde que compõem as diferentes regiões do município, dados que, se necessários, deveriam ser acessados diretamente no CVE e processados em separado.

A partir de 1996 o Município de São Paulo passou a utilizar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que objetiva a coleta e o processamento informatizado dos dados de notificação, fornecendo informações para análise do perfil de morbidade e contribuindo desta forma para a tomada de decisões no nível municipal. Dessa forma foram produzidos os primeiros boletins epidemiológicos, de um modo geral trazendo dados mais globais sobre os casos de AIDS na cidade, e no último boletim já buscando caracterizar a epidemia pelas diferentes regiões que compõem o município (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS, 1997a e b).

Quando se buscou caracterizar a epidemia na Administração Regional de Saúde de Pirituba e Perus (ARS-8), utilizando as informações das Fichas de Investigação Epidemiológia (FIE) das pessoas com AIDS até dezembro de 1993, algumas dificuldades evidenciaram-se.

A primeira delas referiu-se à utilização de diferentes bases territoriais pelas instâncias estadual e municipal: enquanto a Secretaria de Estado da Saúde tem como base os antigos Escritórios Regionais (ERSAs), atualmente denominados Direções Regionais (DIR), a Secretaria Municipal de Saúde utiliza a divisão da cidade por Administrações Regionais, sendo que os limites de ambas não são exatamente coincidentes. Desta forma, de início houve necessidade de delimitar a área da regional estudada e levantar os casos notificados relativos aos residentes na ARS-8, o que resultou em considerável trabalho e gasto de tempo já que ela abrangia partes de dois ERSAs.

Em se tratando da AIDS, as dificuldades que permeiam a notificação tornam-se ainda mais complexas frente ao estigma que a circunda: reforça-se a não notificação dos casos, tendo como justificativa a preocupação em proteger as pessoas contra a discriminação que a AIDS pode gerar (CARVALHO, 1989, BASTOS et al, 1994). SANTOS (1994) ressalta também a omissão do diagnóstico pelos profissionais a pedido de familiares, quer por preconceito, quer por dificuldades concretas ligadas às possibilidades de uso dos seguros saúde ou de vida, já que na vigência deste diagnóstico, os clientes freqüentemente vêm-se privados dos benefícios antes assegurados.

Há ainda o fato da epidemia de AIDS ser relativamente recente, o que implica na inexistência de uma organização sistemática dos equipamentos de saúde para o atendimento dos portadores do vírus e no despreparo dos trabalhadores de saúde para a detecção e o diagnóstico dos casos, o que repercute sobre o Sistema de Informação.

Tal fato ficou patente na constatação de que a maioria absoluta das notificações dos residentes na regional de estudo foi realizada ou pelo Centro de Referência e Treinamento em AIDS ou pelo Instituto

de Infectologia Emílio Ribas ambos pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde, sendo mínimo o número de casos detectados e notificados ao CVE pelos equipamentos municipais de saúde da ARS-8.

A dificuldade de diagnosticar a infecção pelo vírus HIV é um dos principais entraves para a notificação dos casos da doença. Atualmente, por norma do Ministério da Saúde, o Sistema de Informação em AIDS lida somente com a notificação de doentes de AIDS, assim definidos a partir de critérios clínicos e laboratoriais (SÃO PAULO, 1995). A definição faz-se com base na evidência combinada da presença do vírus HIV e de uma ou mais patologias associada à AIDS ou evidência de imunodeficiência (CD4<350/mm3), o que tem gerado muitas dificuldades para o estabelecimento preciso do diagnóstico e portanto da notificação (BASTOS et al., 1994, GUIMARÃES et al., 1988). Por conseguinte, é preciso ter em vista que a população notificada reflete um perfil de contaminação bastante defasado, uma vez que os dados referem-se a pessoas infectadas pelo vírus há pelo menos oito ou dez anos, tempo médio estimado para o período de incubação (SÃO PAULO, 1995).

O estudo que realizamos permitiu ainda avaliar a dimensão da subnotificação, um dos principais problemas do Sistema de Informação: cerca de 25% dos casos notificados somente foram identificados a partir da Certidão do óbito.

O Município de São Paulo realiza de forma rotineira a verificação de todos os registros de óbitos em que há suspeita de AIDS como causa de morte, através do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Através dele vêm sendo identificados vários casos não notificados de AIDS que, no ano de 1991, por exemplo, implicaram em um acréscimo de 13,6% no número de casos para a cidade, 7,4% para o Estado e 5,1% para o Brasil (LUNA, et al, 1991). KALICHMAN (1993) avalia que estas taxas são bastante razoáveis, mesmo quando comparadas com as de países desenvolvidos. Isto pode ser um indício de que a subnotificação de casos de pessoas residentes nos Distritos Sanitários estudados é bastante elevada, o que leva a especular até que ponto isto reflete a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte da população residente nas localidades estudadas e a qualidade dos dados sobre casos de AIDS nessas regiões.

SANTOS (1994) lembra que a subnotificação não ocorre somente para os casos de AIDS, mas também para os óbitos, o que leva a inferir que muitos doentes de AIDS não estão sendo identificados por nenhum desses Sistemas de Informação.

Segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1987), é possível que somente 50% dos casos de AIDS estejam sendo notificados, já que os relatórios produzidos não retratam fielmente a situação, reconhecendo que a subnotificação é o verdadeiro problema, mais grave que a própria notificação incorreta, incompleta ou tardia.

A tendência futura é de que a situação venha a piorar pois, conforme apontam ANDERSON; MAY (1988), à medida que aumenta a dimensão da epidemia ocorre uma elevação simultânea da subnotificação, provavelmente devido à dificuldade dos equipamentos para notificar a demanda crescente.

Com base nos dados constantes na FIE, pudemos dimensionar o contingente de pessoas com AIDS na regional, constatando a forma de evolução do número os casos no decorrer dos anos e caracterizando o perfil da população notificada, em termos de distribuição por sexo, grupo etário, escolaridade, estado civil, orientação sexual, tipo de ocupação, forma de exposição ao HIV e o tempo de sobrevida após o diagnóstico. Os dados foram analisados de modo a caracterizar em separado os dois Distritos de Saúde que integram a ARS-8 e a evolução segundo as diversas características consideradas no perfil. Na falta de informações mais adequadas, foram utilizadas as informações sobre ocupação constante na FIE, na tentativa para caracterizar o perfil sócio-econômico da população estudada, assim constatando uma relação direta entre qualificação exigida para os diversos grupos de ocupação e tempo de sobrevida após o diagnóstico.

Foi assim possível identificar algumas das especificidades locais da epidemia e constatar que dois Distritos de Saúde situados tão próximos e inseridos na mesma ARS, apresentam características bastante distintas no que se refere à dimensão e evolução da epidemia e que, no interior do território distrital, a epidemia atinge de forma distinta os grupos de população com diferentes qualificações para o trabalho.

No entanto, o estudo revelou que o Sistema de Informação em AIDS, tal como se encontrava estruturado, dificultando a caracterização da epidemia e o seu acompanhamento sistemático pelos níveis locais de saúde. Tal fato evidencia a necessidade de que sejam agregadas outras informações, na medida em que se busca não apenas descrever a epidemia, mas principalmente apreender a sua dinâmica e melhor captar o modo como se distribui entre os diferentes grupos da população. Nesse sentido, é essencial a inclusão de dados que permitam uma melhor caracterização do perfil epidemiológico da população infectada (BREILH; GRANDA, 1986), pois certamente o modo de vivenciar e enfrentar a AIDS é bastante diferenciado segundo os diversos grupos considerados.

Além da necessidade de rever a natureza e qualidade das informações imprescindíveis, reitera-se uma vez mais a importância da integração dos diversos bancos de dados existentes, não somente aqueles relativos à área da saúde, mas também de outras áreas que contribuem para a caracterização do modo de viver e trabalhar da população local, da dinâmica demográfica, dos recursos existentes, das condições de saneamento, da criminalidade e violência, entre outros.

Nesse sentido, é imprescindível que se busque compatibilizar numa mesma base territorial as ações e a produção de informações pelos diferentes setores da administração pública, em todos os níveis.

Buscar desenvolver o conhecimento sobre a AIDS é um dos passos iniciais para que se concretize o gerenciamento da saúde no nível local. Assim, a realização do presente estudo, verticalizado na epidemia da AIDS, veio não só afirmar a importância do enfoque microlocalizado do Sistema de Informação para o Distrito de Saúde (TASCA et al., 1994), mas também revelou as dificuldades para a sua operacionalização na prática, ressaltando a necessidade de um Sistema Integrado de Informação em nível local que permita o acesso, a análise e a interpretação dos dados, oportunizando a pronta intervenção sobre o processo saúde-doença.

Há necessidade de analisar a distribuição dos casos de AIDS no espaço territorial entendido como um espaço socialmente determinado, já que ela se estrutura de maneira desigual conforme processos os mais gerais de diferenciação social. Enfrentar a epidemia tendo como referência o território assim visualizado torna possível evidenciar os segmentos sociais mais vulneráveis e as suas possibilidades diferenciadas de adoecer e morrer por AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assunção do Sistema Único de Saúde fez também emergir a necessidade de rever a concepção e a prática do atual Sistema de Vigilância Epidemiológica e do sistema de informação a ele vinculado, repensando a suas formas de organização, redefinindo competências, estratégias de intervenção e fluxos de informação (PAIM; TEIXEIRA, 1992).

Diante do processo de descentralização das ações de saúde no País, estratégia central do SUS, não faz mais sentido a conformação de um sistema de vigilância verticalizado e centralizado, cujo principal entrave resulta na dificuldade de incorporar as especificidades regionais de cada local considerado.

Compreendendo a Vigilância à Saúde enquanto um processo de transformação das práticas de saúde, é indispensável que também o sistema de informação seja revisado e elaborado com um enfoque de processo (INFORME EPIDEMiOL6GlCO DO SUS, 1993), prevendo-se a participação dos trabalhadores e da população organizada em toda essa dinâmica, visando o controle social no emprego dos recursos existentes, com agilidade e eficácia para a transformação da qualidade de vida (MENDES,1994; TASCA et al, 1994; MORAES, 1994).

A atual conjuntura de crise do setor saúde (MENDES, 1994; GIOVANELLA, et al., 1996) e a lenta implantação do SUS, que muitas vezes enfrenta até mesmo retrocessos, tem se constituído em cenário extremamente desfavorável ao desenvolvimento de iniciativas concretas de distritalização. A dificuldade enfrentada pelo Município de São Paulo para o controle do alastramento da epidemia não lhe é exclusiva; mas reflete condições estruturais e conjunturais do atual momento histórico que vive o País, marcado pelas contradições sociais que determinam as condições de vida das populações e os problemas de saúde a elas relacionados, que extrapolam a capacidade de resposta do setor saúde.

Entretanto, mesmo diante desse quadro, o Distrito de Saúde tem se revelado como experiência singular de produção de novos conhecimentos e tecnologias, no que concerne à prestação de serviços e à gestão do SUS. Alguns municípios têm conseguido desenvolver práticas inovadoras e realmente efetivadoras de resultados concretos para a melhoria das condições de vida e saúde da população (ESPAÇO PARA SAÚDE, 1994; SILVA; CHEQUER, 1995; ADAIR, 1994; CAMPOS; HENRIQUES, 1996; DIVULGAÇÃO, 1997). Torna-se imprescindível evidenciar estas experiências, acompanhá-las e avaliá-las para que os obstáculos estruturais e conjunturais não comprometam a proposta transformadora do SUS.

Paradoxalmente, o processo de implantação do SUS no Município de São Paulo encontra-se obstaculizado pela introdução do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em 1995 que institui as cooperativas de trabalhadores, licenciadas pela Prefeitura, e que se propõem a gerenciar a assistência à saúde no nível local, substituindo a organização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em nível local, distrital, regional e central (SÃO PAULO, 1995).

Entretanto, os programas de prevenção e controle à AIDS e outros agravos como tuberculose e hanseníase, continuaram sob a responsabilidade da SMS, uma vez que o PAS não previa ou cobria

setores essenciais e serviços que são prestados pelo setor público, que não eram de interesse da iniciativa privada (MOTTA, et al., 1997; SÃO PAULO, 1996).

Diante disso, o Programa Municipal imprimiu modificação importante na forma de organização do atendimento às pessoas portadoras do vírus. Antes da implantação do PAS, a porta de entrada do sistema de atenção à saúde se daria pela Unidade Básica de Saúde, passando depois às Unidades Especializadas, Centros de Convivência e aos hospitais, buscando a descentralização e a hierarquização do atendimento das pessoas infectadas. Na atualidade, sob a responsabilidades da Secretaria Municipal de Saúde, conformaram-se 19 unidades para responder pelo seu Programa de DST/AIDS, buscando assim garantir o acesso da clientela aos serviços de tratamento e suporte durante a evolução da infecção pelo HIV e AIDS (SÃO PAULO, 1996; 1997 a, b).

No momento, estão em funcionamento cinco Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), três Laboratórios e doze dos quinze Centros de Referência às DST/AIDS previstos, comportando doze ambulatórios, cinco Atendimento Domiciliar Terapêutico e sete hospitais-dia (SÃO PAULO, 1996; 1997). Nesses locais o Serviço de vigilância epidemiológica tem trabalhado com o SINAN e dessa forma muitas unidades tem condições de trabalhar os dados que coletam de forma mais rápida e mais aderente às necessidades de sua localidade.

É possível afirmar que, pelo menos no que se refere à infecção pelo HIV, dispõe-se de maior número de locais para atendimento que não os tradicionalmente procurados, freqüentemente pouco capazes para atender a demanda crescente de pacientes. E que esta forma de organização tem possibilitado uma melhoria no sistema de informação dos casos no município. Entretanto, a focalização no agravo, no caso a AIDS, faz relembrar os antigos dispensários de tuberculose, de sífilis, de lepra que, historicamente não se mostraram suficientes para reverter nem o quadro epidemiológico desses agravos (CARRARA, 1994;QUEIROZ; PUNTEL, 1997) muito menos reverter as condições de vida e saúde da população, uma vez que não se está fazendo valer o direito à saúde da população e o dever do Estado sobre ela.

A experiência acumulada no enfrentamento das doenças citadas acima tem demonstrado que soluções tecnocráticas não tiveram sucesso. A questão que se coloca não é a discussão sobre a necessidade de um programa de controle da AIDS, a sua implementação no sentido de oferecer acesso as informações, assistência contínua e sistemática aos soropositivos e doentes e na constituição de centros de diagnóstico especializados. No entanto, ao que parece, mesmo sendo essencial, não é o bastante.

A luta contra a AIDS deve estar inserida no conjunto de setores que lutam contra a injustiça e a desigualdade na sociedade brasileira, em defesa dos interesses da população em termos de "*igualdade, integridade, qualidade e resolutividade do setor saúde*" (MORAES, 1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAIR, E.B.G. A epidemiologia da infecção pelo HIV em Santos. In: PARKER, R. (org.). **A AIDS no Brasil**: 1982-1992. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap.3, p.69-90.

ANDERSON, R.M.; MAY, R.M. Epidemiological parameters of HIV transmission. **Nature**, v. 333, n. 6173, p.514-9, 1988.

BARATA, R.C.B. Curso: vigilância epidemiológica. /Trabalho apresentado ao 23 Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Curitiba, 1987/

BARATA, R.C.B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Brasília. 1993. **Anais**. Brasília. Ministério da Saúde. 1993. p. 63-8.

BASTOS, C. et al. Introdução. In: PARKER, R. (org.). **A AIDS no Brasil**: 1982-1992. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap.1, p.13-56.

BASTOS, F.I.; BARCELOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.29, n.1, p. 52-62, 1995.

BASTOS, F.I. et al. A epidemia de AIDS no Brasil. In: MINAYO, M.C. (org.). **Os muitos brasís**: saúde e população na década de 80. São Paulo, Hucitec, 1995. p. 245-68.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. São Paulo, v. 1, n. 1, 1997a.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. São Paulo, v. 1, n. 2, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Recomendações para prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA-AIDS)**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 42)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, 1990.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo, Instituto da Saúde/ABRASCO, 1986.

BUCHALLA, C.M. **A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a mortalidade masculina, de 20 a 49 anos, no Município de São Paulo**: 1983 a 1986. São Paulo, 1991. 215 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M. **Contra a maré à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. Santos, Scritta, 1996.

CARRARA, S. A AIDS e a história das doenças venéreas no Brasil: de fins do século XIX até os anos vinte. In: PARKER, R. (org.). **A AIDS no Brasil**: 1982-1992. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 10, p. 274-306.

CARVALHO, D.M.; WERNECK. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: ALMEIDA, J.L.T. (cood.). **Textos de apoio em vigilância epidemiológica**: material didático para profissionais de saúde de nível médio. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p.2-18, 1994.

CARVALHO, M.S. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, v.5, n.2, p.160-8, 1989.

CENSO DEMOGRÁFICO: 1991. Rio de Janeiro, IBGE, n.21, 1994. p.83-7.

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. Londrina, n. 17, 1997.

GIOVANELLA, L. et al. Eqüidade em saúde no Brasil. **Saúde Deb.**, n.49/50, p. 13-22, 1996.

GRANGEIRO, A. O perfil sócio-econômico dos casos de AIDS da cidade de São Paulo. In: PARKER, R. (org.) **A AIDS no Brasil**: 1982-1992. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. cap. 3, p. 91-125.

GUERRA, M. A. T. **Política de controle da AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, no período 1983-1992**: a história contada por seus agentes. São Paulo, 1993. 280 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GUIMARÃES, C.D. et al. **Segundo relatório de pesquisa**: o impacto social da AIDS no Brasil. Rio de Janeiro, ABIA, 1988. /mimeografado/

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DO SUS, Brasília, v.2, 1993. Número especial

KALICHMAN, A.O. **Vigilância epidemiológica de AIDS**: recuperação histórica de conceitos e práticas. São Paulo, 1993. 247 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

LUNA, E.J.A. et al. **Mortalidade por AIDS no Município de São Paulo**. São Paulo, Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação, 1991 /mimeografado/

MENDES, E.V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1994. cap.1, p.19-91: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo, Hucitec, 1994.

MOTTA, C. et al. **PAS**: o avesso da saúde - de como o SUS foi negado aos paulistanos. São Paulo. Simesp, 1997.

NICHIATA, L.Y.I. **Epidemia da AIDS**: os (des)caminhos da informação. São Paulo, 1995. 109 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, M.G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.1, n.5, p. 27-54, 1992.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

RELATÓRIO final do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Inf. Epidemiol.SUS**, v. 1, n. 5, p. 3-54, 1992.

SANTOS, N.J.S. **As mulheres e a AIDS**. São Paulo, 1994. 243 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Centro para a Organização da Atenção à Saúde. Programa de DST/AIDS. **Relatório sobre a reorganização dos serviços de atendimento às DST/AIDS no Município de São Paulo**. São Paulo, 1996. /mimeografado/

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Alexandre Vranjac". **Manual de vigilância epidemiológica**: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) - normas e instruções. São Paulo, 1995./ mimeografado/

SILVA, L.P.; CHEQUER, P.J. de N. Sistemas de informação e a vigilância epidemiológica. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.3, n.1, p.61-9, 1994.

TASCA, R. et al. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Hucitec, p.267-310, 1994.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Extrato de Termo de Aditamento a Convênio firmado. Instituição de cooperação Técnica na Área de Saúde-Coletiva. Prefeitura do Município de São Paulo - Universidade de São Paulo. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo. 10 out.1990, Seção i, p.20. (a)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem. **Projeto de Integração Docente Assistencial Escola de Enfermagem da USP-Prefeitura do Município de São Paulo**. São Paulo, 1990. (b) /mimeografado/

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. escola de Enfermagem. **Projeto de Integração Docente-Assistencial: Escola de Enfermagem da USP/Prefeitura do Município de São Paulo**. São Paulo. São Paulo, 1992. /mimeografado/

VAUGHAN, J.P.; MORROW, R.H. **Epidemiologia para os municípios**: manual para gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo, Hucitec, 1992. cap.5, p. 43-55: Sistemas de notificação e vigilância.

WALDMAN, E.A. **Vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública**. São Paulo, 1991. 228p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.