



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Antônio José Costa Cardoso

**ENSAIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO NACIONAL DE
UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO NOS CENTROS DE
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM DST-AIDS**

Salvador
Abril de 2004

Antônio José Costa Cardoso

**ENSAIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO NACIONAL DE
UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO NOS CENTROS DE
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM DST-AIDS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva, na área de Planejamento & Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Luis Andrade Mota

Brasília
Abril de 2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Cardoso, Antônio José Costa

Ensaio sobre a implantação nacional de um sistema de informação nos centros de testagem e aconselhamento em DST-AIDS/Antônio José Costa Cardoso. – Salvador, 2004.
124 p.

Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Orientador: Eduardo Mota – Prof. Doutor

1. Saúde Coletiva. 2. Sistemas de Informação em Saúde. 3. HIV-AIDS.
4. Vigilância Epidemiológica. 5. Análise de Implantação. I. Título.

Antônio José Costa Cardoso

**ENSAIOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO NACIONAL DE
UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO NOS CENTROS DE
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM DST-AIDS**

Esta Tese foi julgada e aprovada para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, na área de concentração de Planejamento e Gestão em Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Salvador (BA), 27 de fevereiro de 2004.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Carmen Fontes Teixeira
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Dr. Sebastião Silva Loureiro
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Profª. Dra. Márcia Furquim de Almeida
Faculdade de Saúde Pública/USP

Profª. Dra. Cristina de Albuquerque Possas
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Eduardo Luis Andrade Mota

Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

À memória de meus queridos avós, José e Helena Cardoso, pelo tempo em que estivemos juntos.

À sabedoria e vitalidade dos meus pais, Augusto e Cyléa, por tudo que são e serão, eternamente, para mim.

Ao meu irmão de sangue e do coração, Augusto César, pelas experiências de vida e profissionais compartilhadas.

Aos mestres, amigos e companheiros de todas as jornadas, por tudo que aprendemos e ensinamos uns aos outros.

AGRADECIMENTOS

Esta investigação somente foi possível a partir da minha inserção na Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST-AIDS do Ministério da Saúde (UEPI/PN DST-AIDS/MS) como parte da equipe de consultores permanentes, depois como consultor temporário. Agradeço, pois, a Dráurio Barreira, Assessor-Chefe, pela acolhida e oportunidade de integrar uma equipe de trabalho de tão alto nível técnico-profissional e humano, e demais colegas (Carmem, Rozi, Gilda, Marquinhos, Fábio, Fernanda, Pâmela, Leidi, Marcelo, Aristides, Bernadete, Mauro, Milda, Islaine, Júlio e Luana) pela riqueza da interlocução e aprendizados proporcionados.

Agradeço à equipe técnica que conduziu a implantação nacional do novo sistema de informação (SI), cuja sintonia entre seus membros foi, sem dúvida, um fator crítico para o sucesso da empreitada. Alessandro, Bruna, Cristiane e Gilda, depois Ricardo, Helena, Denise e Joelma são, assim, co-autores da pesquisa avaliativa que fomos capazes de aninhar à implantação.

Agradeço particularmente às equipes técnicas dos centros de testagem e aconselhamento em DST-AIDS (CTA) e programas estaduais e municipais, pela confiança depositada ao longo deste tempo em que trabalhamos juntos, orientados pela missão de *“aperfeiçoar as práticas de aconselhamento e os procedimentos gerenciais a partir da introdução do novo SI”*.

Agradeço muito aos mestres, colegas e amigos do Instituto de Saúde Coletiva, pelo apoio persistente e todos os ensinamentos neste tempo de “doutoramento”, sem poder deixar de destacar minha amiga Néa, por todo o apoio logístico presencial e à distância, e as professoras Carmem Teixeira e Inês Dourado, pela generosidade nesta etapa final do curso.

Agradeço também aos membros do Comitê Assessor de Epidemiologia do PN DST-AIDS, particularmente os professores Alberto Novaes (UFCE), Lígia Kerr Pontes (UFCE), Ana Maria Brito (UFP/PE) e Inês Dourado (ISC/UFBA), pela disponibilidade e qualidade das críticas e sugestões feitas a muitas das idéias defendidas nesta Tese.

Agradeço a Denise Oliveira, Diretora da Fundação Oswaldo Cruz em Brasília, bem como a toda a equipe técnica e administrativa da unidade onde atuo atualmente como analista de planejamento e gestão em saúde, pela compreensão com minhas insistentes ausências por conta das muitas viagens de “coleta de dados” e elaboração desta Tese.

A todos os amigos de Salvador (Luciano, Marilene, Jonas, Marcelo, Bruno, Cláudio, Antônio Carlos, Tininha, Manoel, Fátima, Tião, Ritinha, Danilo, Beto, Mônica e Helen) e de Brasília (Carmem, Lúcia e Ricardo, Carlos, Marco e Billy, Lula, Regi, Goretti, Gerson e Nena) pelas inúmeras contribuições intelectuais e apoio afetivo mas também pelas “farras” que deixamos de fazer juntos!

Por fim, agradeço muito especialmente ao meu orientador, Eduardo Mota, mestre de tantas jornadas acadêmicas e profissionais, a quem pude recorrer nos momentos de dúvida e aflição e cujos ensinamentos foram sempre iluminadores dos melhores caminhos a seguir; aos membros da Banca de Defesa da Tese (Márcia Furquim, Sebastião Loureiro, Carmem Teixeira e Cristina Possas, além de Eduardo), pela disponibilidade para participar e, assim, contribuir para minha formação; a Zulmira Hartz, da FIOCRUZ, pela contribuição ainda na etapa de qualificação do projeto; e a Carlos Valentim, pela ajuda inestimável na elaboração dos *abstracts*.

SUMÁRIO

Apresentação	11
Ensaio 1	
Análise da implantação nacional de um sistema de informação nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids	15
Resumo	16
<i>Abstract</i>	17
Introdução	18
Marco Teórico	20
Metodologia da Pesquisa	22
Resultados & Discussão	24
Descrição e Análise do Método de Implantação do SI-CTA	25
Análise dos Fatores Críticos de Sucesso	30
Conclusões	34
Referências Bibliográficas	35
Ensaio 2	
Estratégias de vigilância do HIV-Aids no Brasil: Atualização do debate a partir da implantação do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids	41
Resumo	42
<i>Abstract</i>	43
Introdução	44
Breve Histórico do SNVE	47
Tese Primeira	50
Tese Segunda	52
Tese Terceira	55
Considerações Finais	58
Referências Bibliográficas	61
Apêndices	

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1	AVALIAÇÃO DOS TREINANDOS ACERCA DA SUFICIÊNCIA DOS CONTEÚDOS TRABALHADOS NAS CAPACITAÇÕES. BRASIL, 25/02 A 07/08/2002.	39
Tabela 2	NÚMERO E PERCENTUAL DE SERVIÇOS QUE IMPLANTARAM O SI-CTA E EXPORTARAM SEUS DADOS ATÉ 19/12/2003 POR REGIÃO. BRASIL, 2003.	40

RELAÇÃO DE APÊNDICES

Apêndice I	ROTEIRO DE SUPERVISÃO TÉCNICA DOS CTA
Apêndice II	QUESTIONÁRIO DE INQUÉRITO TELEFÔNICO
Apêndice III	QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA
Apêndice IV	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO NACIONAL DO SI-CTA
Apêndice V	PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA
Apêndice VI	SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA POR REGIÃO ATÉ 19/12/2003
Apêndice VII	SITUAÇÃO DA SUPERVISÃO DOS CTA POR REGIÃO ATÉ 19/12/2003
Apêndice VIII	PROJETO DE PESQUISA ELABORADO EM JUNHO DE 2002, SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. EDUARDO MOTA, COMO REQUISITO FORMAL PARA A QUALIFICAÇÃO NO DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela temática da informação, sistemas e tecnologias, traduz uma aproximação empírica e perspectivas de interpretação do processo de Reforma Sanitária que se enraízam na minha história profissional, inicialmente na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), depois na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e, mais recentemente, na Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST-AIDS do Ministério da Saúde (UEPI/PN DST-AIDS/MS) como parte da equipe de consultores.

Na SMS de Salvador, designado por Eduardo Mota, Secretário à época, tive a oportunidade de participar de um ambicioso projeto de desenvolvimento de um sistema de informação (SI) para o nível municipal de gestão, em cooperação com mais de uma dezena de secretarias de saúde e empresas de informática, cuja pretensão era a de informatizar praticamente todas as funções de gestão, vigilância e assistência em saúde. O fracasso do projeto, nunca finalizado, de maneira alguma desqualificou o rico aprendizado.

Ainda na SMS, e mais uma vez designado por Eduardo, fui um dos responsáveis pelo desenvolvimento e implantação de três módulos de um SI em Unidades de Saúde, na Vigilância Sanitária e no setor de Recursos Humanos. Em contraste com a experiência anterior, este projeto, bem menos pretensioso, ensinou-me a preferir estratégias mais simples, adequadas à organização em que se insere e sustentáveis. Também deu a dimensão dos desafios que estão colocados para gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Também na CASSI, como Gerente de Saúde na Bahia, tive a oportunidade de desenvolver e implantar instrumentos de acompanhamento e avaliação dos atendimentos realizados nos serviços próprios, e de participar das etapas iniciais de desenvolvimento de um SI de âmbito nacional que deveria dar suporte às atividades de regulação da rede conveniada à empresa de auto-gestão. A lição aprendida mais importante neste contexto foi quanto à importância da “paternidade responsável” nessa área de SI.

Por fim, já no Programa Nacional de DST-AIDS do Ministério da Saúde (PN DST-AIDS/MS), a destacar o fato de que fui convidado a integrar uma equipe cuja missão seria realizar a implantação nacional de um SI nos centros de testagem e aconselhamento em DST-AIDS (CTA) – com o propósito de *“facilitar a operacionalização do processo de trabalho e a gestão dos serviços, além de compor o sistema de vigilância epidemiológica do HIV”* –, e acompanhar seus desdobramentos na área de vigilância epidemiológica.

Importante aqui dizer que a sintonia entre seus membros, fato que aconteceu desde o início dos trabalhos, foi, sem sombra de dúvidas, um fator crítico para o sucesso da empreitada. Coesa, a equipe responsável pela condução da implantação nacional foi capaz de desenhar e, posteriormente, executar a maior parte das tarefas a que se propôs no Projeto de Implantação Nacional do SI-CTA (MS, 2001). Pode-se dizer que esta mesma equipe é co-autora da pesquisa avaliativa que fomos capazes de aninhar à implantação propriamente dita.

Quanto ao possível conflito entre os papéis de “implantador” - em função do qual teríamos todo o “interesse” de que a avaliação concluísse pelo sucesso do empreendimento - e o de avaliador, cientista, que nos compromete eticamente com a lisura dos procedimentos e a máxima neutralidade analítica, entendemos que tratou-se de definir, como veremos mais adiante, estratégias para minimização do problema: instrumentos estruturados, além das entrevistas abertas e observação das práticas, e validação das análises com a equipe.

Por outro lado, foi este duplo papel de implantador e avaliador que permitiu o desenho da implantação e sua execução em sintonia com o propósito de avaliá-la. Não fosse isso, talvez, muito provavelmente, tivesse sido impossível a formulação e aplicação de um Método (“como”) coerente com os Propósitos da implantação (“para que”) e com a Organização (“onde”) em que se insere a tecnologia de informação (TI). Em verdade, foi esta duplicidade de papéis que tornou possível a investigação e, talvez, o sucesso da experiência.

Sem pretender historiar o desenvolvimento deste projeto de pesquisa, direi apenas que foi evoluindo conforme avançou o próprio Doutorado e que adequou-se aos diversos contextos profissionais ao longo do tempo. No período da seleção, ao processo de implantação de um SI na CASSI. Na etapa de qualificação, período em que já estava inserido no PN DST-AIDS, ao processo de implantação do novo SI-CTA.

Em seu formato final, aquele apresentado e aprovado na Qualificação (Apêndice VIII), pretendeu:

- 1º) Elaborar um modelo teórico sobre as variáveis explicativas que podem facilitar ou dificultar a implantação de um sistema de informações em unidades básicas de saúde, buscando prever os principais fatores determinantes e condicionantes da implantação;
- 2º) Testar o modelo teórico através da análise das relações de interação entre o contexto sócio-institucional e a implantação do novo sistema de informações em saúde nos CTA, identificando os determinantes do grau de implantação do sistema;
- 3º) Avaliar o efeito da implantação do novo sistema de informações em saúde sobre as *práticas assistenciais, de vigilância epidemiológica e de gestão* dos CTA, na perspectiva de aprofundamento da Reforma Sanitária.

Convidado a produzir esta Tese na forma de “artigos científicos para publicação”, aceitei o desafio e, por esta razão, apresento a seguir o produto destes quatro anos de estudos e experiências relativas à implantação de SI e TI em serviços de saúde na forma de dois ensaios. Os objetivos 1 e 2 permaneceram e estão desenvolvidos no primeiro artigo: ***“Análise da implantação nacional de um sistema de informação nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids”***.

Foram utilizadas técnicas diversas de coleta de dados que se superpuseram, por assim dizer, aos contextos de implantação, com destaque para as:

- Capacitações e oficinas de trabalho com técnicos dos 156 CTA e todas as coordenações estaduais e municipais de DST-AIDS (CE e CM DST-AIDS), quando foram aplicados cinco os questionários estruturados aplicados: Questionário de Inquérito Telefônico (Apêndice II), utilizado em outubro de 2001, para realizar levantamento junto aos gestores de 188 CTA; Questionário de Adesão à Implantação do SI-CTA (Apêndice III), utilizado como cadastro dos CTA; Questionário de Avaliação da Capacitação Nacional (Apêndice IV), anônimo e auto-aplicável; Plano de Implantação do SI-CTA (Apêndice V), elaborado pelos técnicos e gestores ao final das capacitações; e Questionário de Acompanhamento das Implantações (Apêndice VI), utilizado pelo gestor federal;

- Visitas de supervisão a 13 CTA selecionados, que propiciaram momentos de “observação” bem como a realização de “entrevistas” com gestores e técnicos das equipes de saúde, seguindo roteiro-padrão (Apêndice I).

Não tendo sido possível, em função do “tempo real” dos processos institucionais, avaliar o efeito da implantação do novo SI sobre as práticas de saúde e de gestão nos CTA, apresento algumas reflexões críticas relativas ao modelo de vigilância epidemiológica (VE) do HIV-aids, entraves e possibilidades de mudança, com base na experiência de constituição de uma Rede Sentinela de Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV-Aids (CTA) com fins de VE, o que se deu a partir da implantação do novo SI nos serviços.

O objetivo deste segundo ensaio, *“Modelos e práticas de vigilância do HIV: atualização do debate a partir da implantação nacional de um sistema de informação nos centros de testagem e aconselhamento em DST-AIDS”*, é defender três “teses” relacionadas à VE do HIV-AIDS, todas assentadas sobre a concepção de VE como informação para a decisão-ação em saúde, com o propósito de submetê-las à crítica dos colegas epidemiologistas, técnicos e gestores do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE).

Os dois trabalhos foram inscritos no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Recife, 19 a 23 de junho de 2004), nas áreas temáticas 23 (Sistemas de Informação em Saúde) e 25 (Vigilância epidemiológica / Vigilância em Saúde), respectivamente. Além disso, as teses relacionadas à VE do HIV-AIDS, na verdade, foram apresentadas em 2003 em três importantes eventos promovidos pelo Ministério da Saúde (MS):

- VI Seminário Nacional de VE em DST-HIV-AIDS (Brasília, 20-22/08/2003);
- III Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – 3º EXPOEPI (Salvador, 18-21/11/2003); e,
- XIII Seminário Brasil-França (Rio de Janeiro, 4 e 5/12/2003).

A estruturação dos artigos respeitou as instruções para aceitação de artigos nas revistas **Ciência & Saúde Coletiva** e **Epidemiologia & Serviços de Saúde**: vinte páginas com espaçamento duplo, máximo de cinco tabelas, título e resumo em português e em inglês (*abstract*), mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho apresentadas em português e inglês, e máximo de trinta referências bibliográficas.

Título completo: **Análise da implantação nacional de um sistema de informação nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids.**

Título em inglês: **Analysis of the national implementation of a health information system at centers for testing and counseling on STD/Aids.**

Título corrido: **Análise de implantação de um sistema de informação em saúde.**

Autores: **Antônio José Costa Cardoso¹, Eduardo Luis Andrade Mota²**

¹ Diretoria Regional de Brasília – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Ciência & Saúde Coletiva

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos

21040-361 Rio de Janeiro RJ – Brazil

Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151



revscol@fiocruz.br

Resumo

Objetivos: Analisar o processo de implantação nacional de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) em Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-HIV-AIDS (CTA), com ênfase no método de implantação, buscando identificar os fatores críticos de sucesso.

Metodologia: Aninhados os processos de coleta de dados aos contextos de implantação, foram aplicados questionários estruturados nas oficinas de capacitação realizadas em 2002 enquanto as visitas de supervisão técnica a 13 CTA em 2003 propiciaram a realização de entrevistas com gestores e técnicos desses serviços.

Resultados e discussão: Realizou-se a implantação do novo SIS por “adesão”. Não foram cedidos equipamentos de informática para os serviços e o apoio de técnicos e gestores dependeu, basicamente, da percepção dos agentes de que o novo SIS facilitaria o seu trabalho, agregaria valor e/ou possibilitaria a atualização de suas estratégias de controle do poder na organização. O cimento simbólico do processo foi a missão de “*aperfeiçoar as práticas de aconselhamento a partir da introdução do novo SIS nos serviços*”. O resto foi uma construção coletiva sempre precária, permanentemente negociada entre as partes nos diversos “contextos de implantação”. Fez-se necessário, pois, o uso do político e o manejo das expectativas dos agentes ao longo de todo o processo. Como resultado, 112 CTA, 71,8% dos 156 capacitados, implantaram o novo SIS até dezembro de 2003.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde, Análise de Implantação, Tecnologia da Informação, Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS, Avaliação em Saúde.

Abstract

Objectives: Based on the national implementation of a health information system involving 156 Centers for STD-AIDS Testing and Counseling (CTC), we propose a theoretical model concerning factors that might make the establishment of a new information technology (IT) viable for the CTC, and to assess the performance of the model proposed.

Methods: The data collecting processes and those for the health information system implementation contexts are the same: sensitivity meetings, capability workshops and technical supervision visits. Structural questionnaires were applied to the capability workshops. The supervision visits to the 13 CTC permitted observation on the practices as well as interviews with managers and health workers. We analyzed the adequacy involving the Method (“how to do it”) used, the Aims of the implementation (“for what and to whom”) and the Organization “where the new IT is applied”.

Results: The managers’ and workers’ support depend basically on the agents’ sensitivity to figure out: a) the new system makes their job easier; b) makes it more valuable and of more significance; c) increases their control power over the organization; d) there is coherence between the objectives expressed and the methods and techniques used for the implementation of the system. Thus, it was necessary to handle the agents’ expectations all through the process. As results, 71.8% of CTC being trained implemented the new HIS.

Key-words: Health Information System, Centers for Testing and Counseling on STD/AIDS, Information Technology, Implementation Analysis.

1 - Introdução

Embora os processos de tomada de decisão em ambientes democráticos sejam complexos, pode-se supor que as decisões têm maiores chances de serem efetivas se fundadas em informações válidas. Tal noção de uma “*política baseada em evidência*” foi apropriada pelo Estado moderno e vem recebendo especial atenção no setor saúde.¹

Há, pode-se dizer, um consenso quanto à importância das “informações de conteúdo” como subsídio à gestão dos sistemas e serviços de saúde e para a definição das políticas públicas em todos os níveis de governo.^{2,3} Nas palavras de Mota³, “*a função gestora em serviços de saúde inclui a necessidade permanente de analisar e aplicar informações para a decisão*”. Além disso, as informações orientam a implantação de modelos assistenciais e de ações de promoção da saúde e de prevenção e controle de agravos.^{3,4}

No Brasil, não obstante as questões relacionadas à informação, aos sistemas de informação (SI) e às tecnologias de informação (TI) sejam percebidas como “*estratégicas*” para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁵, existe um enorme descompasso entre a produção de conhecimentos e a sua incorporação pelos serviços de saúde, sendo reconhecidamente escasso o aproveitamento da informação disponível, seja para a tomada de decisão, seja para a efetiva democratização do controle social.^{6,7,8}

Na opinião de Carvalho⁹, o uso eficiente da TI na área da saúde ainda pode ser considerado muito baixo e muito aquém de outros setores. Embora tenham havido progressos consideráveis nas tecnologias relacionadas com a atenção à saúde, desde medicamentos e equipamentos até técnicas e procedimentos, “*o grau de penetração dos recursos de*

informática pode ser considerado mínimo, quando não inexistente”, principalmente nos níveis municipais de gestão do SUS.

Reconhecida a importância estratégica da informação para o processo decisório em saúde, mas também as dificuldades de incorporá-la de maneira eficiente e eficaz à rotina dos serviços, esta investigação propôs-se a analisar o processo de implantação nacional de um sistema de informação em saúde (SIS) nos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS, buscando identificar os fatores críticos para o sucesso do empreendimento, na expectativa de que essas lições aprendidas venham iluminar outras tantas implantações.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA) são unidades de saúde do SUS, em sua imensa maioria sob gestão municipal, formadas por equipes multiprofissionais em geral tecnicamente bem preparadas (e não sob a égide do saber exclusivamente médico), que têm como finalidades principais estimular a adoção de práticas sexuais seguras por meio do aconselhamento, ampliar o acesso ao diagnóstico sorológico e encaminhar as pessoas infectadas para os serviços de atenção especializada em HIV-AIDS.¹⁰

Como a ausência de uma ferramenta informacional era referida pelos gestores e técnicos dos CTA como um obstáculo ao aprimoramento e ampliação dos serviços de testagem e aconselhamento sorológico, o MS desenvolveu, com base na experiência do CTA municipal de Curitiba, um SIS interorganizacional que utiliza tecnologia de informática e telecomunicações para guardar, transmitir e processar informações com o objetivo geral de facilitar a operacionalização do cuidado em saúde e a gestão dos CTA, além de compor o sistema de vigilância epidemiológica do HIV.^{11,12}

2 – Marco Teórico

Enquanto campo do conhecimento, a área de sistemas de informação (SI) é relativamente nova, “inventada” que foi na Universidade de Minnesota (EUA) em 1968, e vem sendo enriquecida nas duas últimas décadas por contribuições diversas, com destaque para as ciências da computação, da informação, da administração e do comportamento. ^{13,14}

No setor saúde, este campo vem se constituindo em um vigoroso e dinâmico espaço de produção de saber e de relações de poder, em disputa pela direcionalidade da Política de Informações em Saúde. ⁸ Entretanto, é ainda escassa a produção científica sobre sistemas e tecnologias de informação em saúde no Brasil. ¹⁵

Um sistema de informação (SI) pode ser definido como um conjunto de componentes que têm como propósito obter e selecionar dados e transformá-los em informação, com mecanismos e práticas próprios para a coleta, registro, processamento, análise e transmissão das informações. ^{2,16}

A tecnologia de informação (TI), mais do que um componente dos SIS (*hardware e software*), é aqui definida como um conjunto de saberes e instrumentos que desempenham as tarefas de coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação ou apresentação de informações nos processos de produção de serviços, e que expressam a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática.

Essa concepção ampla do conceito de tecnologia nós a tomamos de empréstimo de Mendes-Gonçalves ¹⁷, para quem, “até por motivos etmológicos, tecnologia refere-se aos nexos

técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através de instrumentos de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo”.

Entretanto, a marca mais característica do pensamento contemporâneo a respeito do termo é a redução do seu significado ao conjunto dos meios ou instrumentos materiais de trabalho. Nada a objetar a esta redução, se o uso habitual do termo não estivesse sempre subordinado à idéia de “desenvolvimento tecnológico”.

Num contexto ideológico presidido pelas noções de progresso técnico ou de desenvolvimento tecnológico – em que se pode afirmar que o termo “tecnologia” não descreve, simplesmente, uma função técnica abstrata de produção, mas desempenha o papel de reduzir a produção a sua dimensão técnica –, definiremos, para fins dessa investigação, tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos de produção de serviços que expressa a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática.

A TI não se reduz, pois, ao conjunto dos componentes materiais (*hardware* e *software*) dos SIS, nem está subordinado o seu uso à idéia de desenvolvimento tecnológico, uma das idéias-força da ideologia de nosso tempo, mas corresponde, nesta pesquisa, aos saberes e instrumentos que desempenham as tarefas de coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação ou apresentação de informações nos processos de produção de serviços de saúde, no caso os CTA. ^{9,17}

3 – Metodologia da Pesquisa

A avaliação é inerente ao processo de aprendizagem humano, agrupando realidades múltiplas e diversas: um julgamento subjetivo, uma avaliação normativa ou uma pesquisa avaliativa que utiliza métodos científicos. Implica, de qualquer sorte, a emissão de um juízo elaborado a partir da comparação entre a situação encontrada e um parâmetro ou meta pré-estabelecida.^{18,19}

Em nossa investigação o que se realizou foi uma análise de implantação de um SIS em unidades de saúde do tipo CTA, orientados por hipóteses explicativas previamente desenvolvidas, pois a análise de implantação *“obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua ‘natureza’ (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados”*.²⁰

Segundo o modelo teórico elaborado ainda na fase de construção do projeto da intervenção, adaptado de Payton²¹, o sucesso da implantação do novo SIS nos CTA dependeria de:

- (1) Adequação da tecnologia às necessidades das equipes dos CTA;
- (2) Qualidade do gerenciamento da implantação em todos os níveis de gestão;
- (3) Benefícios esperados e percebidos pelos gestores dos serviços;
- (4) Apoio dos técnicos de saúde e dos responsáveis pela coleta, guarda, transmissão, transformação e gestão das informações;
- (5) Direcionalidade das políticas governamentais relativas aos SIS, às DST-AIDS e CTA;
- (6) Qualidade do suporte técnico de *software* e *hardware*;
- (7) Grau de autonomia do CTA.

A estratégia proposta para executar este projeto foi, pois, o da *pesquisa sintética*, “onde as leis de determinação são substituídas pelas leis de interação ou interdependência”.¹⁸ Por isomorfismo com o "postulado da coerência" de Testa²², analisou-se especialmente a adequação entre o Método (“como”) utilizado na implantação, seus Propósitos (“para que”) e a Organização “onde” deveria se inserir a nova TI.

Foram utilizadas técnicas diversas de coleta de dados que se superpuseram, por assim dizer, aos contextos de implantação:

- As capacitações e oficinas de trabalho com técnicos dos 156 CTA e todas as coordenações estaduais e municipais de DST-AIDS (CE e CM DST-AIDS), quando foram aplicados questionários estruturados;
- As supervisões de 13 CTA selecionados utilizando-se critério de oportunidade, que propiciaram momentos de observação bem como a realização de entrevistas com gestores e técnicos das equipes de saúde, seguindo roteiro-padrão;
- Também as atas das reuniões de trabalho da equipe de implantação do MS, bem como o projeto e os relatórios parciais da implantação nacional (validados por toda a equipe), constituíram-se em fonte de informações importantes.

Foram cinco os questionários estruturados aplicados: Questionário de Inquérito Telefônico, utilizado em outubro de 2001, para realizar levantamento junto aos gestores de 188 CTA; Questionário de Adesão à Implantação do SI-CTA, utilizado como cadastro dos CTA; Questionário de Avaliação da Capacitação Nacional, anônimo e auto-aplicável; Plano de Implantação do SI-CTA elaborado ao final das capacitações; e Questionário de Acompanhamento das Implantações, utilizado pelo gestor federal.

As visitas de supervisão aos CTA selecionados – em Brasília (DF), Salvador (BA), Serra (ES), Belo Horizonte (MG), Betim (MG), Contagem (MG), Madureira (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Joinville (SC), Chapecó (SC) e Criciúma (SC) – propiciaram ainda uma certa aproximação à cultura organizacional por meio da observação das práticas de aconselhamento e de utilização do novo SIS, no curso da qual tivemos acesso a dados incidentes, além de documentos e estatísticas produzidos pelas equipes de saúde.

Foram tomadas como unidades de análise, num primeiro nível, os 156 serviços de saúde que realizam testes sorológicos e aconselhamento em aids e, além disso, participaram do processo de implantação nacional, e, num nível mais profundo de análise, 13 CTA que implantaram o novo SIS e foram visitados pelo pesquisador principal deste trabalho.

A fase final do estudo consistiu no refinamento progressivo deste modelo que busca prever os fatores que podem favorecer ou dificultar o processo de implantação do novo SIS.

3 – Resultados e Discussão

Em primeiro lugar, o método utilizado pelo gestor federal na implantação do SI-CTA será descrito e analisado em termos de sua coerência aos propósitos (finalidades) e ao perfil geral dos CTA onde se pretendeu inserir a nova TI. Na segunda parte desta seção, será analisado o desempenho do modelo teórico que relacionou o conjunto das variáveis consideradas críticas para o sucesso da implantação do novo sistema de informação nesses serviços.

3.1 – Descrição e Análise do Método de Implantação do SI-CTA

Para ser coerente com os propósitos da implantação e com o perfil da organização em que deveria se inserir, a equipe gestora do projeto decidiu que todo o processo de implantação deveria ser realizado por “adesão” e que não haveria distribuição de equipamentos de informática por conta do SI-CTA, de modo que os recursos de informática transformaram-se em “*requisitos tecnológicos mínimos necessários à adesão*”,

O pressuposto fundamental foi de que um método democrático e cooperativo surtiria melhores resultados, tendo em vista o modelo da federação brasileira (conformada por entes relativamente autônomos entre si, ainda que perpetuada uma grande dependência econômica em relação à União), o avanço da municipalização do SUS, os propósitos da implantação e o perfil dos serviços em que se pretendia inserir a nova TI.

Avaliou-se que seria contraproducente qualquer pressão que fizesse suspeitar de “*mais uma atitude vertical*” do MS, “*sem nos ouvir e só nos dando mais trabalho*”, conforme relatou um dos entrevistados (Gerente de CTA). Afinal, estávamos lidando com técnicos especializados em aconselhamento, um “*diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/AIDS*”.¹⁰

Finalizado o desenvolvimento do novo SIS e do manual de operação do sistema, o gestor federal promoveu a sua utilização pelo conjunto dos CTA.¹² Alguns procedimentos se destacaram na implantação nacional do novo SIS: reuniões de sensibilização, oficinas de capacitação, suporte de *software* por telefone e e-mails e visitas de supervisão técnica.

Antes da implantação nacional, porém, realizou-se etapa-piloto em Brasília e Curitiba com o objetivo de avaliar a adequação tecnológica do novo SIS. E, com a finalidade de sensibilização de gestores e técnicos, o Projeto de Implantação do SI-CTA ¹¹ foi apresentado a todas as coordenações estaduais de DST-AIDS, o que correspondeu ao primeiro “contexto de negociação” para implantação do novo SIS.

Segundo o argumento utilizado pelo gestor federal, o novo SI-CTA corresponderia a um meio de trabalho novo, mais produtivo e eficaz, criado para facilitar o processo de trabalho nos CTA: agendando, registrando e pesquisando os atendimentos realizados; imprimindo etiquetas para identificação do material coletado; montando lotes de requisições para serem encaminhados ao laboratório; registrando e consultando resultados de exames; agendando e registrando a entrega de resultados e fazendo controle de estoque dos insumos.

Também foi enfatizado o fato de que seu desenvolvimento se deu a partir de uma experiência local (CTA de Curitiba) e que outro ganho potencial advindo da implantação do SI-CTA seria a ampliação do fluxo de informações entre os diversos níveis de gestão, o que favoreceria uma maior integração intra e inter-institucional, sempre prejudicada por distâncias geográficas. Propôs-se, como cimento simbólico da implantação, a missão de *“aperfeiçoar as práticas de aconselhamento”*.

Outra idéia básica era de que os gestores locais utilizassem a implantação do SI-CTA como pretexto para buscar a conformação de novas representações e novos modos de agir em saúde, rigorosamente assentados no interesse do usuário, “como se fosse de todos”. ²³

Após esta fase de “sensibilização” das coordenações estaduais de DST-AIDS, foi definido pelo MS um prazo-limite para que os CTA aderissem ao referido processo nacional de implantação do SI-CTA, bastando para isto que preenchessem um Questionário de Adesão e, posteriormente, indicassem os técnicos de saúde e de informática que iriam participar das oficinas de capacitação nacional.

Segundo informações obtidas através de pesquisa realizada pelo MS em outubro de 2001 junto aos gestores de 188 CTA utilizando um Questionário de Inquérito Telefônico, 63,3% eram CTA exclusivos (embora com denominações diversas); 23,9% estavam integrados a Unidades Básicas de Saúde; 9,6% estavam integrados a Serviços de Atenção Especializada em Aids e 3,2% funcionavam dentro de Hospitais. Deste total, 90 (47,8%) estavam total ou parcialmente informatizados, dos quais 23 (12,2%) já estavam inclusive utilizando alguma versão “demo” (demonstração) do SI-CTA.

Superada a expectativa inicial de que haveria a adesão de cerca de metade do total de 208 CTA estruturados em todo o país em 2002, 156 (75,0%) CTA inscreveram-se e encaminharam técnicos para alguma das sete capacitações realizadas. A carga horária das capacitações foi de 24 horas distribuídas em três dias, sendo que realizaram-se duas “repescagens” não previstas no Projeto de Implantação.

O perfil proposto para os “treinandos” foi o seguinte: um técnico de saúde de cada CTA com capacidade de multiplicação do conhecimento, um técnico de informática das secretarias municipais com disponibilidade para dar suporte técnico local e dois técnicos das secretarias estaduais, sendo um da área de Informática e outra da área da saúde, com capacidade para dar suporte

aos CTA estaduais e de utilização da informação para fins de vigilância epidemiológica do HIV, respectivamente.

As oficinas de capacitação foram desenhadas de modo a se constituírem no mais importante “contexto de negociação” entre o gestor federal e os níveis sub-nacionais para fins de implantação do sistema. Além de apresentar todas as funções do SI-CTA, instrumentos de coleta de dados e possibilidades de análise das informações, a todos foi proporcionado o conhecimento da lógica da produção e do fluxo de informações em saúde.

Foram capacitados cerca de 420 técnicos de saúde e de informática dos três níveis de gestão nas sete oficinas realizadas. Utilizando-se de um Questionário de Avaliação auto-aplicável e anônimo, 100% dos 284 treinandos que o responderam informaram que os conteúdos apresentados foram suficientes (escores de 6 a 10 numa escala de 0 a 10) para, no retorno aos serviços, implantar o SIS (Tabela 1).

A metodologia utilizada nas capacitações para utilização do novo SIS foi, na medida do possível, construtivista, problematizadora da realidade e participativa. Talvez por esse motivo tenha sido possível identificar, já na primeira Oficina, que pairava um “*sentimento de abandono*” (palavras de uma entrevistada) entre os técnicos dos CTA. Esta percepção redirecionou e, em boa medida, amplificou o sentido da missão.

A “negociação” fundamental desta etapa disse respeito à definição dos planos de implantação do novo SIS, supondo-se o “interesse” em implantá-lo e utilizá-lo, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e tecnológicos. A contra-partida

solicitada pelo conjunto dos atores foi, além do suporte de *software*, o compromisso de retomar os encontros nacionais de CTA, interrompidos há mais de dois anos.

Ao nível local e municipal coube o suporte de *hardware* e suprimentos e ao nível estadual, o acompanhamento das implantações e a realização de análises epidemiológicas. O fluxo proposto para a informação e a periodicidade foram negociados, tendo sido definida como trimestral. Preconizou-se que, em todas as instâncias, os dados aportados pelo SI-CTA fossem consolidados, analisados e utilizados para aperfeiçoar as práticas.

No segundo semestre de 2002, finalizada a etapa de capacitações para implantação do novo SIS, vários foram os programas estaduais que realizaram encontros de CTA, muitos contando com a participação do MS. As primeiras exportações começaram a chegar em outubro de 2002, em sua maioria da Região Sul: os primeiros a serem capacitados e também com maior experiência acumulada na utilização do SIS em sua versão “demonstração”.

Ainda em 2002, visando garantir sustentabilidade ao processo de capacitação de novos serviços que viessem aderir à utilização do novo SIS, realizou-se uma Oficina de Trabalho com técnicos das secretarias estaduais e CTA candidatos a “Formadores”. Mais uma vez, optou-se por privilegiar a estratégia da “adesão”. Dos 156 CTA capacitados até então, cerca de 32 serviços aderiram ao convite do MS.

Em 2003, foram realizadas visitas de supervisão técnica a 24 (75%) dos 32 CTA candidatos – 13 das quais com a participação do pesquisador principal desse trabalho - e promovidas quatro Oficinas Regionais com técnicos dos CTA Formadores. Até 19/12, 112 serviços

(71,8% dos capacitados) haviam implantado o novo SIS e 83 (53,2%), exportado para o MS. O destaque positivo ficou por conta da Região Sul: 100% de implantação (Tabela 2).

3.2 – Análise dos Fatores Críticos de Sucesso

A estratégia definida para a implantação foi, numa palavra, a do “entendimento”, da cooperação com as equipes dos CTA, secretarias municipais e estaduais de saúde com vistas à implantação do SI-CTA. A idéia que presidiu a implantação foi de que os contextos de negociação fariam a mediação entre os contextos organizativos e aqueles processos privados ou cooperativos dos agentes. O resto seria, como foi, uma construção negociada.

Aparentemente, o apoio dos gestores e profissionais de saúde e de informática foi decisivo para os resultados alcançados, e decorreu basicamente:

- Da percepção dos agentes de que a intervenção facilitaria o seu trabalho, agregaria valor ou de que possibilitaria a atualização de suas estratégias de controle do poder na organização (particularmente no caso dos gestores);
- Da coerência percebida entre os objetivos explicitados e os métodos e técnicas utilizados na intervenção (cooperativos, construtivistas); e
- Das representações acerca da “informática” e competências-habilidades prévias dos técnicos destes serviços na utilização de ferramentas informatizadas.

Cabe lembrar, como fizeram Paim & Almeida-Filho²⁴ que “*os sujeitos sociais encontram-se presentes em todos os ‘momentos’ do processo de trabalho: objeto, atividades, relações técnicas e sociais, meios de trabalho, além do próprio agente*”. Daí ter-se concedido grande

ênfase à ação comunicativa, propondo-se a “administração da incerteza” como o núcleo central da condução dos processos de implantação.

Com o conceito de “ação comunicativa”, Habermas ²⁵ refere-se à interação de sujeitos que buscam um “entendimento” sobre uma determinada situação, utilizando a linguagem para coordenar seus planos de ação e, com estes, suas ações propriamente ditas. Neste caso, a linguagem é apresentada como um *"medio de entendimiento (...) para negociar definiciones de la situación que puedan ser compartidas por todos"*.

O modelo comunicativo de ação de Habermas tematiza a função interpretativa da linguagem com o objetivo expresso de não reduzir a ação social a operações interpretativas dos participantes da interação. *"Con este modelo de acción se presupone que los participantes en la interacción movilizam expresamente el potencial de racionalidad (...), com el propósito, cooperativamente seguido, de llegar a entenderse"*.²⁵

Entendimento (*Verständigung*) remete à noção de acordo racionalmente motivado ou processo cooperativo de interpretação da realidade, que se mede por sua pretensão de validade. "Pretensão de validade", por seu turno, caracteriza diversas categorias de um saber que se encarna em manifestações simbólicas que podem ser analisadas sob a perspectiva de sua fundamentação mas também sob a perspectiva de como os atores as utilizam.²⁵

"Se o propósito é produzir mudanças caberia formular e desenvolver estratégias para o mapeamento dos sujeitos sociais e atores institucionais, a identificação de aliados estruturais e conjunturais, a análise das possíveis vantagens/desvantagens para sujeitos

*que aderirem a tais processos e o exame de incentivos para mudar e desincentivos para conservar”.*²⁴

Na região Nordeste, a escassez de recursos de informática parece ter sido o maior entrave à adesão e implantação do novo SIS. Neste caso, pode-se dizer que se tratou de um efeito indesejável da definição de que não haveria distribuição de equipamentos de informática por conta do SI-CTA. Além disso, levantamento realizado em outubro de 2001 junto a 188 CTA demonstrara que 47,8% destes dispunha de equipamento de informática.

Na Região Sudeste, a resistência de uma coordenação estadual ao novo SIS retardou em praticamente um ano a adesão dos serviços. Neste caso, a direcionalidade das políticas de outro nível de governo parece ter condicionado o espaço de atuação das equipes dos serviços de saúde. Fossem os insumos de maior custo, maior teria sido seu peso na determinação do resultado final, adesão ou não, utilização ou não, da nova TI.

Quanto à qualidade do gerenciamento da implantação nos CTA, foi impossível acompanhar todos os casos. Mesmo daqueles que supervisionamos, obtivemos apenas relatos muito concisos de *“como as coisas se deram”*. Mas, aparentemente, o principal desafio colocado para os gestores foi o de manejar a tensão entre a concepção de autonomia dos profissionais e os mecanismos de avaliação e controle propiciados pelo novo SIS.

Uma das razões de ser desse desafio é, segundo CECÍLIO²⁶, porque, convivem, na saúde, dois princípios de autoridade que são a base para a permanente disputa de poder e ocorrência de conflito: *“de um lado, a necessidade de controle ou de governar que a*

administração tem; de outro, os médicos [e demais profissionais de saúde] ciosos da auto-regulação profissional e da autonomia individual de cada um deles”

Quando os gestores e demais agentes quiseram, enquanto portadores de interesses próprios e valores que lhe permitem construir estratégias de adesão ou recusa da proposta de implantação do novo SIS, dispuseram de poder e saber suficientes para levá-las adiante? Eis o nó crítico: quem tem a vontade (quer), pode/sabe? Quem tem o poder, quer/sabe ser um “operador de mudanças”? Quem sabe operar mudanças, quer/pode?.

Este tema da autonomia *versus* controle é, sem dúvida, central no debate sobre a mudança nos serviços de saúde. Como proceder, então, o exercício das respectivas autonomias técnicas e, simultaneamente, compartilhar a construção de projetos comuns? Por outro lado, falar em autonomia é também falar do exercício do poder, ainda que noutros “arranjos”. Mas qual é o grau de autonomia e controle dos CTA e qual foi o peso relativo desta variável?

No geral, o que observamos foi que, em sua grande maioria, as equipes multiprofissionais dispunham de grande liberdade técnica na realização de suas atividades e, em sua maioria, operavam de forma colegiada o cotidiano dos serviços. Além disso, dispunham, em geral, de alguma capacidade de mobilização de recursos estratégicos capazes de se contrapor à restrição geral de SUS e da administração pública como um todo.

No nível local, pelas suas múltiplas dimensões (de ensino, de articulação e de normatividade), as “reuniões internas de trabalho”, serviram, melhor do que qualquer outra tecnologia, de “contexto de negociação” para a implantação do novo SIS, com a vantagem

de ser uma tecnologia de trabalho coletivo que se caracteriza como “tecido conjuntivo” ao articular os diversos momentos dos diversos agentes da prática.

E ainda que esses espaços de ação dialógicos possam ter sido insuficientes para operar as mudanças necessárias nos serviços de saúde, “*o mais importante seria o desencadeamento de ações comunicativas voltado à construção do consenso em torno de propostas de organização e gestão cotidiana do trabalho em saúde*”.²⁷ Para usufruir dos benefícios que a introdução de inovações tecnológicas pode trazer, os CTA precisaram adequar-se, aprimorando procedimentos gerenciais, técnicos e administrativos.⁷

4 – Conclusões

Pode-se considerar este um “caso” de sucesso? Qual foi o peso relativo do “método cooperativo” utilizado pelo gestor federal no resultado da implantação nacional? Os “contextos de negociação” viabilizaram um “*entendimento*” entre os diversos atores? Como interpretar a mobilização gerada pelo processo de implantação do SIS? São estas questões difíceis de responder em função da complexidade do objeto da investigação.

A condução colaborativa por parte do MS parece ter surtido melhores resultados, ao menos no curto prazo, do que a imposição de mais um SIS a ser alimentado pelos níveis local e municipal, já tão sobrecarregados com seus outros afazeres. Seja por seus próprios atributos informacionais, seja porque a nova tecnologia foi bem apresentada a ponto de tornar-se “desejada”, o fato é que cerca de metade (112) dos 208 CTA existentes à época implantou o novo SIS sem que tenham sido cedidos equipamentos de informática, como incentivo.

Na etapa de “decisão quanto a implantar (ou não) o SI-CTA”, parecem ter sido decisivos: os benefícios esperados pelos gestores dos programas e serviços *versus* o custo (baixo) de implantação, o lugar de destaque ocupado pelas políticas governamentais relativas às DST-AIDS, a autonomia relativa dos CTA e das CE ou CM DST-AIDS à qual o CTA está vinculado (em função, ao menos em parte, da disponibilidade de recursos específicos destinados aos programas estaduais e municipais pelo MS) e o apoio dos funcionários, principalmente dos técnicos de aconselhamento.

Há, na verdade, uma relação de sobre-determinação evidente da política nacional de saúde em relação às políticas estaduais e municipais (por força, é claro, da “moeda do financiamento”, mas também da capacidade técnica do MS) de modo que, a depender da organização (maior grau de hierarquia e burocratização das relações, que define a autonomia relativa das unidades de saúde), pode ser maior ou menor a influência direta do Governo Federal sobre a política de saúde dos níveis estadual e municipal e, por esta via, sobre as decisões dos gestores no nível local do sistema de saúde.

Na etapa de “implantação do SIS”, parecem ter sido importantes fatores facilitadores: a adequação da tecnologia (em termos de funcionalidade, validade e segurança, comodidade e custo) às necessidades das equipes de saúde, a qualidade do gerenciamento da implantação em todos os níveis de gestão (que inclui o planejamento, a avaliação e a capacidade de reorganização dos processos de trabalho) e o conhecimento dos funcionários para utilização do novo SIS, principalmente dos técnicos responsáveis pela entrada dos dados, e a qualidade do suporte técnico de *software* e *hardware*.

A reprodutibilidade do modelo teórico utilizado é, entretanto, uma incógnita. Mas o desafio maior de todos é, de fato, o de conformar novas representações e novos modos de agir em saúde e utilizar as informações produzidas pelo novo SIS na reorganização dos serviços em conformidade com os princípios ético-organizativos do SUS e técnico-científicos da “boa prática”, se o que se pretende com a intervenção é não apenas a inovação tecnológica, mas a transformação das práticas a partir da introdução de uma tecnologia-meio (o novo SIS).

Referências Bibliográficas

- 1 – Barreto ML. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, abr./jun. 2004, vol.9, no.2, p.329-338. ISSN 1413-8123.
- 2 – Almeida MF. O Uso de Informações em Saúde na Gestão dos Serviços. *Saúde e Sociedade*, v. 4, nº 1/ 2, 1995:39-42.
- 3 – Mota ELA. Novos passos para a informação e comunicação em saúde. In: Rede IDA/Brasil (Org.). Informação e comunicação social em saúde. Brasília, Fundação Kellogg/Projeto UNI/FAPEX/OPAS, 1995:59-60.
- 4 – Mota ELA, Carvalho DM. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ & Almeida-Filho N (Org.). Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999:505-21.
- 5 – BRASIL/MS/CNS. Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde. CNS/MS, Brasília, 2002.
- 6 – Rivera FJU. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.

- 7 – Branco MAF. Informação e tecnologia: desafios para a implantação da Rede Nacional de Informações em Saúde. Rio de Janeiro, *PHYSIS*, v. 8, nº 2, 1998:95-123.
- 8 – Moraes IHS, Santos SRRF. Relatório Final da Oficina de Trabalho “Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas”. Salvador, VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. GTISP/ABRASCO, 2000.
- 9 – Carvalho AO. Tecnologias de informação na gestão da Saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 32, nº 2, mar/abr., 1998:195-205.
- 10 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Aconselhamento em DST-AIDS para a Atenção Básica. [Brasília](#), 2003.
- 11 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Projeto de Implantação do Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS. [Brasília](#), 2001.
- 12 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS: Manual de Utilização. [Brasília, Editora do MS, 2002](#).
- 13 – Claver E, Gonzales R, Llopis J. An analysis of research in information systems (1981-1997). *Information and Management*, vol. 37, nº. 4, 2000, p. 181-195.
- 14 – Carvalho AO, Eduardo MBP. Sistemas de informação em saúde para municípios. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo-FSP/USP, v. 6, 1998.
- 15 – Moraes IHS. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1994.
- 16 – Baldijão MFA. Sistemas de Informação em Saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 6(4):21-28, out./dez., 1992.
- 17 – 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/Abrasco, 1994.

- 18 – Hartz ZMA, Denis JL, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil in Hartz Z. M. A. (Org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997:89-131.
- 19 – Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1994): 80-91.
- 20 – Denis JL, Champagne F. Análise de implantação in Hartz ZMA. (Org.) Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997:49-88.
- 21 – Payton FC. Lessons learned from three interorganizational health care information systems. *Information & Management*, 37 (2000) 311–321.
- 22 – Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre, ABRASCO, 1992.
- 23 – Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. *Ciência saúde coletiva*, 1999.
- 24 – Paim J, Almeida-Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2000.
- 25 – Habermas J. Relaciones com el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: Habermas, J. Teoría da acción comunicativa I. Madrid, Taurus, 1987.
- 26 – Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. In: Gestão do SUS: Problemas, Desafios e Avanços. *Ciência saúde coletiva*, volume 4, número 2, 1999.
- 27 – Teixeira CF. O Futuro da Prevenção. Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001.

TABELA 1

AVALIAÇÃO DOS TREINANDOS ACERCA DA SUFICIÊNCIA DOS CONTEÚDOS TRABALHADOS NAS CAPACITAÇÕES (N=284). BRASIL, 25/02 A 07/08/2002.

OS CONTEÚDOS APRESENTADOS FORAM SUFICIENTES PARA IMPLANTAR O SI-CTA?	1ª TURMA		2ª TURMA		3ª TURMA		4ª TURMA		5ª TURMA		6ª TURMA		7ª TURMA		MÉDIA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Plenamente (9 - 10) suficientes	17	38,6	32	72,7	28	59,6	26	74,3	28	70,0	26	70,3	26	70,3	183	64,4
Razoavelmente (6 - 8) suficientes	27	61,4	12	27,3	19	40,4	9	25,7	12	30,0	11	29,7	11	29,7	101	35,6
Insuficientes (0 - 5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	44	100,0	44	100,0	47	100,0	35	100,0	40	100,0	37	100,0	37	100,0	284	100,0

TABELA 2

NÚMERO E PERCENTUAL DE SERVIÇOS QUE IMPLANTARAM O SI-CTA E EXPORTARAM SEUS DADOS ATÉ 19/12/2003 POR REGIÃO. BRASIL, 2003.

Região	Treinou	Implantou		Exportou	
	N	N	%	N	%
Norte	14	10	71,4	5	35,7
Centro-Oeste	20	16	80,0	13	65,0
Nordeste	34	22	64,7	12	35,3
Sudeste	56	32	57,1	27	48,2
Sul	32	32	100,0	26	81,3
Total	156	112	71,8	83	53,2

* Dados preliminares, sujeitos a revisão.

Título completo: **Estratégias de vigilância do HIV-Aids no Brasil: Atualização do debate a partir da implantação do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids.**

Título em inglês: **Practices on HIV surveillance in Brazil: Updating the debate.**

Título corrido: **Estratégias de Vigilância do HIV no Brasil.**

Autores: **Antônio José Costa Cardoso¹, Eduardo Luis Andrade Mota², Dráurio Barreira³.**

¹ Diretoria Regional de Brasília – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

³ Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, Brasília, DF.

Epidemiologia & Serviços de Saúde

SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal,

5º andar, Asa Sul, Brasília-DF

CEP: 70304-0000

+55 61 3213-8387 / +55 61 3213-8393

Fax: +55 61 3213-8304



revista.svs@saude.gov.br

Resumo

Durante os primeiros 20 anos de epidemia de AIDS no Brasil, a notificação compulsória dos casos de AIDS, desde 1986, e do HIV a partir de 2000, tem sido a principal estratégia de Vigilância Epidemiológica (VE) para fornecer subsídios à Resposta Nacional. Entretanto, vários fatores impedem que esta notificação seja completa e a informação produzida, de qualidade. A nossa avaliação é de que essa estratégia foi exaurida pelo abuso. O objetivo deste ensaio é desenvolver algumas reflexões relativas ao modelo de VE do HIV-AIDS, discutir seus entraves e possibilidades de mudança, baseando-se na experiência de constituição de uma Rede Sentinela de Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV-AIDS (CTA).

A estratégia de formação da Rede-Sentinela de CTA, que utiliza um novo sistema de informações em saúde (SIS) como sua principal fonte de informações, fundamenta-se na possibilidade de cooperação (“entendimento”) entre racionalidades e práticas de vigilância e assistência no interior dos sistemas e serviços de saúde. Não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população, assume como lógica central a constituição de fontes especiais de notificação suficientemente motivadas para participar de “esforços colaborativos comuns”. Mais do que a cobertura da Rede Sentinela, importa a qualidade das informações produzidas. A atividade de VE é consequência natural da implantação do novo SIS nos serviços. Entre as vantagens da estratégia, deve-se destacar a possibilidade de acompanhar alguns comportamentos de risco para a infecção entre os grupos de alto risco de transmitir/adquirir o HIV. A adesão ao novo SIS sendo não-compulsória supera a baixa disposição em registrar de modo que a qualidade das informações passa a depender,

basicamente, da qualidade da atenção oferecida. Viabiliza, além disso, a produção e análise de informações pelo nível local, permitindo, pois, recuperar a noção de VE como informação para ação em saúde.

Palavras-chave: Estratégias de Vigilância do HIV, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sentinela, Vigilância Comportamental, Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS.

Abstract

During the first 20 years of the AIDS epidemic in Brazil, the name-based compulsory notification has been the most important method for epidemiological surveillance (ES) and provided support to the National Response. Yet, several factors prevented such notification from being complete, and the information to have desired quality. The aim of this study was to develop some reflections concerned to ES on HIV/AIDS, discuss hindrances and possibilities of change, based on the Brazilian experience on setting up a “Sentinel Surveillance Network of Centers for STD-AIDS Testing and Counseling”. The data collecting processes and those for the HIS implementation contexts are the same: sensitivity meetings, capability workshops and technical supervision visits. The strategy for the creation of this Sentinel Surveillance Network - which uses a new HIS as its own source of information – should be based on the possibility of cooperation (“understanding”) considering reasoning and practices of surveillance and assistance obtained from the health care system itself. Not being worried about precise estimations of incidence or prevalence, it might be assumed a “special” source of information as its

own basis, with enough motivation to participate using “common cooperative efforts”. Rather than the coverage, what minds here is the quality of the information provided. The HIV surveillance might come as a natural consequence of the implementation of the new HIS, conceived as a support for prevention activities, furthermore it should comprise the HIV surveillance system. Advantages included: the new HIS might offer the chance for monitoring infection levels and risk behavior within the high risk groups. The non-compulsory adherence to the new HIS overcomes the low interest in recording. The quality of such electronic recording would depend mostly on the quality of the care given. It also might provide information as well as local data analysis, recovering the notion of ES as useful information tool for health.

Key-words: HIV Surveillance Methods, Sentinel Surveillance Network, Behavior Surveillance, Centers for Testing and Counselling on STD-AIDS.

Introdução

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA), fase mais avançada da infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH), é uma doença emergente que, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade e transcendência, representa um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. O HIV pode ser transmitido pelo sangue, fluidos sexuais e pelo leite materno.¹

No Brasil, a política nacional de controle do HIV-AIDS, isto é, a Resposta Nacional à epidemia, reconhecida internacionalmente, é o resultado do trabalho coletivo que vem

sendo executado há duas décadas tanto pelos três níveis de governo, quanto pela sociedade civil. Em que pese os avanços obtidos no período anterior, é a partir de 1992 que foram elaborados os princípios norteadores ainda vigentes para o enfrentamento da epidemia.²

O componente de vigilância epidemiológica (VE) desta Resposta Nacional tem como propósito acompanhar as tendências temporais e espaciais da ocorrência da AIDS, da infecção pelo HIV e dos comportamentos de risco nas populações, visando orientar as ações de controle da epidemia em todos os níveis de gestão do SUS. Durante os primeiros 20 anos, a notificação universal e compulsória dos casos foi a principal estratégia de VE.³

A AIDS foi incluída na relação de agravos de notificação compulsória em 22 de dezembro de 1986 (Portaria MS nº 542) e a notificação universal e compulsória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV está prevista na Portaria nº 993/2000 do MS. Essa compulsoriedade da notificação é inerente à profissão médica e às outras profissões da área de saúde.^{1,3}

O objetivo deste ensaio é desenvolver algumas reflexões acerca deste modelo de VE do HIV/AIDS ainda excessivamente centrado na estratégia da notificação universal e compulsória dos casos, discutir seus entraves e algumas possibilidades de mudança, para que contemplem mais amplamente as necessidades de informação do SUS, visando o avanço da Reforma Sanitária brasileira.

Essas reflexões emergiram no trabalho de supervisão técnica realizado junto aos programas estaduais e municipais de DST-AIDS e no curso da implantação nacional de um novo sistema de informações em saúde (SIS) nos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV-AIDS (CTA) a partir de 2002, e que possibilitou a constituição de uma Rede-Sentinela de CTA para a vigilância do HIV e de alguns comportamentos de risco para a infecção.

O trabalho de supervisão técnica realizado junto aos CTA e às equipes dos programas de AIDS de estados e municípios propiciou tanto uma certa observação das práticas específicas de VE, como a realização de algumas entrevistas com gestores e técnicos desses serviços. Também o processo de implantação do novo SIS oportunizou momentos coletivos de reflexão acerca da VE do HIV.

O nosso ponto de partida é a hipótese de que a estratégia da notificação universal e compulsória dos casos, além de ineficiente (exaurida pelo “abuso” e por diversas outras razões que veremos adiante), tem se revelado, particularmente no caso do HIV-AIDS, insuficiente no cumprimento de sua missão.

Antes, porém, recuperaremos, na forma de um breve histórico, o processo de reorganização do Sistema Nacional de VE (SNVE) no Brasil, para, com base neste resgate, discutir três “teses” relacionadas à VE do HIV/AIDS, todas elas assentadas sobre a concepção de VE como informação para a decisão-ação em saúde.

Breve Histórico do SNVE

Os sistemas de VE têm por objetivo central evitar a ocorrência de casos de doenças, óbitos e seqüelas, com as suas repercussões negativas sobre a sociedade e os sistemas de saúde. Originalmente, entretanto, VE significava a “*observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos*”.⁴ Tratava-se da vigilância de pessoas, através de medidas aplicadas individualmente.

Foi apenas em 1968, quando a 21ª Assembléia Mundial de Saúde oportunizou uma ampla discussão sobre VE, que ficou claro que o conceito não era restrito às doenças transmissíveis, mas aplicável a outros problemas de saúde pública como malformações congênitas, intoxicações, neoplasias, abortos, acidentes, efeitos medicamentosos, doenças profissionais, comportamentos e riscos ambientais, entre outros.^{3,5}

No Brasil, contexto político adverso e dificuldades organizacionais do sistema nacional de saúde fizeram com que a aplicação desse conceito praticamente se restringisse à notificação compulsória dos casos de doenças transmissíveis então consideradas de maior relevância sanitária no país, embora a Lei Nº 6.259 de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, tivesse caráter mais abrangente.^{1,3,5}

Nos últimos anos, entretanto, dois processos conjugaram-se no sentido de justificar a VE de algumas doenças crônicas, bem como de alguns comportamentos de risco, entre as quais se incluem alguns comportamentos de risco para o HIV: mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira e a promulgação da Lei 8.080, de 1990, que

regulamentou o SUS e gerou a necessidade de reorganização do SNVE para adequá-lo à nova situação.^{1,3,6}

Tendo em vista o processo de descentralização do SUS, a instituição de ações de VE implica *“que as informações obtidas venham a ser de fato utilizadas para (...) que resulte imediatamente em recomendações e na aplicação de medidas de prevenção e controle pertinentes. Isso deve ocorrer no nível mais próximo da ocorrência do problema, para que a intervenção seja mais oportuna e, conseqüentemente, mais eficaz”*.¹

Além disso, à medida que se dissemina, percebe-se que a epidemia brasileira corresponde a um verdadeiro mosaico de epidemias regionais, com características próprias e referidas às particularidades também locais.⁷ Estas características, além de dificultarem as atividades de VE, tornam indispensável um conhecimento mais preciso das características da epidemia de HIV-AIDS em cada região, unidade da federação e município.

A orientação mais recente do SNVE estabelece, pois, como prioridade absoluta, o fortalecimento de sistemas municipais de VE, o que passou a constituir-se na principal missão do MS.⁸ Todos os níveis do sistema de saúde têm atribuições de VE e *“não mais se admite que a atuação no âmbito local esteja restrita à realização de coleta de dados e à sua transmissão a outros níveis”*.¹

Em consonância com esses princípios doutrinários e organizativos do SUS, compreende-se hoje o SNVE como o *“conjunto articulado de instituições do setor público e privado, componente do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente, notifica doenças e agravos, presta serviços a grupos populacionais ou orienta a conduta a ser tomada para o controle dos mesmos”*.¹

Para subsidiar este controle, a VE deve disponibilizar informações úteis, confiáveis, atualizadas e em tempo oportuno sobre a ocorrência das doenças ou agravos, bem como dos seus fatores determinantes e condicionantes. Por se constituir no fator desencadeador da “decisão-ação”, a informação representa um instrumento essencial não apenas à VE mas também à gestão dos sistemas, programas e serviços de saúde.¹

A informação orienta a implantação, acompanhamento e avaliação das ações de vigilância, prevenção e assistência em saúde.¹ As tecnologias de informação (TI) estariam justificadas, segundo a OMS, porque *“tiene que ver con el desarrollo de respuestas técnicas practicables a la necesidad de contar con una operación eficaz y eficiente del sistema de información”*.⁹

Quanto à lista nacional das doenças de notificação compulsória, compreende atualmente cerca de 35 agravos e doenças de interesse sanitário definidos pelo MS, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde. Desenvolvido entre 1990 e 1993, o Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o principal instrumento de coleta dos dados do SNVE, tendo sido concebido para ser operado de modo descentralizado.^{1,3}

Tese Primeira

Conforme referido por vários pesquisadores,^{10,11,12,13,14} fatores diversos têm impedido que a notificação universal e compulsória da AIDS seja completa e a informação produzida, de qualidade, entre os quais, destacaríamos:

- Perda de “oportunidades” de diagnosticar;
- Baixa capacidade de diagnóstico do SUS;
- Baixa qualidade da informação registrada nos prontuários;
- Baixa disposição em notificar em decorrência, entre outras causas, da priorização de outras atividades no trabalho em saúde, do tamanho das listas de doenças de notificação compulsória, do tamanho e complexidade das Fichas de Investigação Epidemiológica, do desconhecimento da importância da notificação, e do descrédito dos serviços de VE;
- Problemas relacionados ao desenvolvimento do SINAN-Windows.

Além disso, há, principalmente nos níveis municipais de gestão, resistências institucionais ao processo de descentralização, incipiente capacidade instalada (em termos de recursos humanos, de informática, recursos materiais e logísticos) para diagnóstico, investigação, análise epidemiológica das informações reunidas e implementação de ações de controle, e grau de penetração “*mínimo*” dos recursos de informática.^{9,15}

Embora as transformações relacionadas às tecnologias de informação representem um “avanço”, por si só não estão sendo suficientes para garantir a qualidade das informações produzidas nem seu uso efetivo. Os níveis locais e municipais, no mais das vezes, se consomem no processo de notificação e investigação dos casos, deixando de analisar os dados e, conseqüentemente, de intervir na realidade.⁸

No caso da notificação universal e compulsória dos casos de AIDS, acresça-se que esta modalidade de vigilância reflete uma dinâmica de transmissão ocorrida no passado (período da infecção), os critérios de definição de casos de AIDS têm sofrido revisões ao longo do tempo, e o tratamento anti-retroviral (TARV) vem modificando o curso da expressão da doença nas populações, tornando esta informação ainda mais difícil de ser interpretada.^{16,17}

Assim, esta modalidade de VE vem se revelando insuficiente para o cumprimento de sua missão relativa ao controle da epidemia do HIV-AIDS. Estas dificuldades para assegurar o desenvolvimento de um sistema de VE sensível e efetivo (principalmente no nível municipal, onde as dificuldades parecem ser maiores) são reconhecidas pelo MS¹, mas a solução demandada por gestores e técnicos do sistema para minimizar as insuficiências da notificação universal e compulsória dos casos de AIDS foi o estabelecimento da notificação universal e compulsória das gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV.

A nossa tese primeira é de que a estratégia da notificação universal e compulsória foi exaurida pelo abuso: se “tudo” é prioritário, “nada” é prioritário. A lista nacional das

doenças de notificação compulsória é, pode-se dizer, “restrita”, compreendendo cerca de 35 agravos e doenças de interesse sanitário definidos pelo MS. Entretanto, posto que é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde, cresce progressivamente à medida que desce aos níveis subnacionais do SUS.¹ Tivemos acesso a listas locais que incluíam parasitoses intestinais.

Tese Segunda

Com o objetivo de superar as limitações identificadas neste modelo de VE do HIV-AIDS, calcado na notificação compulsória de casos (de AIDS e HIV) e numa racionalidade que não dialoga com a assistência, outras concepções mais integradoras vêm sendo propostas no sentido de ampliar o leque de estratégias de produção de informações, mas também racionalizar essa produção, fruto de muitas horas de trabalho dos profissionais de saúde.

Em se tratando do HIV-AIDS, este debate foi introduzido pelo documento *“Vigilância del HIV de segunda generación: El próximo decenio”* da ONUSIDA/OMS,¹⁶ que, sinteticamente, propõe que os sistemas nacionais e subnacionais de VE do HIV-AIDS assumam como seu propósito central recuperar a noção de VE como informação útil para ação em saúde. Esta foi, ao menos, a interpretação que fizemos de seu argumento.¹⁷

O referido documento apresenta o que seriam os “princípios” destes novos *“Sistemas de Vigilancia de Segunda Geração”* do HIV-AIDS. Os dois primeiros princípios propõem que os sistemas de VE sejam, simplesmente, adequados ao padrão da epidemia e, além

disso, permitam o monitoramento das mudanças observadas nas dinâmicas epidêmicas da infecção pelo HIV se pretendem ir ao encontro das necessidades reais dos usuários.

O terceiro e quarto princípios referem-se à necessidade de focalizar os comportamentos de risco e a infecção pelo HIV, com ênfase nas populações sob maior risco de se infectar pelo HIV, adoecer e morrer por alguma doença oportunista. O objetivo é permitir a identificação da infecção pelo HIV em estágios mais precoces, como também associar estudos comportamentais, visando compreender a dinâmica epidêmica.

O quinto princípio desta “*Vigilância de Segunda Geração*” sinaliza para a possibilidade de se fazer uso de dados oriundos de fontes de informação diversas, enquanto o último sintetiza: “*A informação gerada deve ser usada para promover ações e medir as mudanças*”, quando devem ser consideradas prioritariamente as necessidades dos usuários, permitindo a recuperação da noção de VE como informação útil para a ação.¹⁸

A nossa tese segunda é de que esta VE do HIV-AIDS – adequada ao momento da epidemia, capaz de acompanhar as dinâmicas epidêmicas e focalizada nos comportamentos de risco e na infecção, com ênfase nas populações mais vulneráveis, visando responder às necessidades do nível local – só pode ser realizada por meio de uma combinação sinérgica, complementar, de estratégias de produção de informações:

- a) Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- b) Análise e cruzamento das bases de dados nacionais;
- c) Vigilância sentinela (de grupos, eventos ou em rede-sentinela);
- d) Inquéritos populacionais periódicos;

- e) Acesso à produção científica e financiamento de pesquisas.

No âmbito das atividades do MS, além do SINAN, são de muito interesse para a VE do HIV/AIDS, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), e alguns registros dos serviços de saúde, com destaque para o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos ARV (SICLOM), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), que reúne informações de cerca de 70% dos internamentos hospitalares realizados no país.³

“Os dados derivados desses sistemas complementam o SINAN, tanto com relação a casos que deixaram de ser notificados, quanto por aportarem outras variáveis de análise”. Além disso, estratégias de cruzamento desses grandes bancos de dados poderiam ser utilizadas com mais frequência *“objetivando aprimorar a qualidade do registro e compatibilizar as informações oriundas de diferentes fontes”*.¹

Quanto aos estudos sentinela e aos inquéritos populacionais, o MS vem utilizando, desde 1992 e até com alguma frequência, a “Vigilância de Grupos Sentinelas” e os estudos transversais de soro-prevalência e comportamentais repetidos, na população geral e em populações específicas (gestantes atendidas em clínicas de pré-natal e de DST, conscritos do Exército e parturientes do SUS), com a desvantagem de não qualificar a rede de serviços.¹⁹

Uma “Vigilância do HIV por Rede-Sentinela” foi, recentemente, proposta ao MS, aproveitando a implantação nacional do Sistema de Informação dos Centros de

Testagem e Aconselhamento em DST-Aids (SI-CTA), com a expectativa de que venha se constituir em uma importante estratégia complementar de produção de informações sobre a ocorrência do HIV e de comportamentos de risco para a infecção.³

Tese Terceira

A nossa última tese é de que esta “Vigilância por Rede-Sentinela de CTA”, que utiliza o SI-CTA como sua principal fonte de informações, além de adequar-se aos princípios da Vigilância de Segunda Geração, contorna as dificuldades identificadas na Primeira Tese ao assumir como lógica central de VE a constituição de fontes suficientemente motivadas para participar de “esforços colaborativos comuns”.^{19,20,21}

Os CTA são unidades do SUS, em sua imensa maioria sob gestão municipal, que têm como objetivos básicos estimular a adoção de práticas sexuais seguras (prevenção primária) e ampliar o acesso ao diagnóstico sorológico e aos serviços de atenção especializada (prevenção secundária) por meio da prática de “aconselhamento”.²²

Com o propósito de oferecer suporte às atividades dos CTA, além de compor o sistema de VE do HIV, o MS desenvolveu um SIS interorganizacional, que utiliza tecnologia de informática para guardar, transmitir e transformar informações, e promoveu a sua utilização pelo conjunto dos CTA de todo o país a partir de 2002.^{20,21}

Do total de 208 CTA estruturados em todo o país à época, 156 (75,0%) inscreveram-se espontaneamente para esta implantação nacional e encaminharam técnicos para alguma

das sete capacitações realizadas ao longo de 2002. Até 19/12/2003, 71,8% haviam implantado o SIS e 83 (53,2%), exportado suas bases de dados.

A estratégia de formação da “Vigilância por Rede-Sentinela de CTA”, que utiliza o SI-CTA como sua principal fonte de informações, fundamenta-se na crença em uma cooperação (“entendimento”) possível entre racionalidades e práticas de vigilância e assistência no interior do SUS.³ Segundo HABERMAS, “entendimento” (*Verständigung*) remete à noção de acordo racionalmente motivado ou processo cooperativo de interpretação da realidade, que se mede por sua *pretensão de validade*.²³

Não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população, assume como lógica central que a rede seja constituída de fontes especiais de notificação, suficientemente motivadas para participar de “esforços colaborativos comuns”. Mais do que a cobertura almejada na estratégia da “notificação universal e compulsória”, importa aqui é a qualidade das informações produzidas.^{3,21}

Num certo sentido, o SI-CTA pode vir a se constituir numa importante ferramenta informacional para realizar a VE do HIV e dos comportamentos de risco “justamente por” ter sido concebido prioritariamente para oferecer suporte informacional às atividades de aconselhamento e diagnóstico sorológico aos portadores do vírus HIV. Utilizando-se de registros da rotina dos CTA, sem sobre-trabalho às equipes, a atividade de VE poderá simplesmente decorrer da implantação do novo SIS.^{3,21}

Entre as possibilidades do novo sistema para a realização desta VE do HIV, deve-se destacar a de acompanhar os níveis de infecção em alguns recortes populacionais e, simultaneamente, focar nos comportamentos de risco para a infecção entre os grupos de alto risco para o HIV. Os dados sobre comportamento auxiliam na explicação das tendências das epidemias, possibilitando elaborar um panorama real dos vetores potenciais de mudança ao longo do tempo.^{3,21}

Entre as limitações deste SIS para fins de VE, deve-se destacar a cobertura dos seus dados – dependente da distribuição e cobertura dos CTA, da adesão do CTA ao novo SIS e da exportação dos seus dados aos programas municipais, estaduais e nacional – porque implica na falta de representatividade do grupo submetido ao teste com relação à população residente na área de abrangência de cada CTA, do que podem resultar vieses diferenciados segundo o nível de consolidação dos dados.^{3,20,21,24}

Para

superar estes obstáculos relacionados à falta de representatividade do grupo submetido ao teste (demanda atendida) com relação à população residente na área de abrangência do serviço, é necessário que se determine, como primeiro passo, se as pessoas que fizeram o teste no CTA representam algum recorte populacional e em que magnitude. Em segundo lugar, ter-se-á que determinar se o recorte populacional representa uma população mais ampla ou, ainda, a população geral.³

A adesão não-compulsória à implantação e utilização do SI-CTA se, por um lado, amplia a falta de representatividade do grupo submetido ao teste (demanda atendida),

por outro lado, supera a baixa disposição em registrar, posto que se fundamenta na cooperação possível entre vigilância e assistência no interior dos serviços. A qualidade destes registros eletrônicos passa a depender, basicamente, da qualidade da atenção oferecida (motivação dos técnicos e gestores, competências específicas e disponibilidade de recursos).³

A nova estratégia de Vigilância por Rede-Sentinela de CTA, que utiliza o SI-CTA como sua principal fonte de informações, viabiliza, além disso, a produção e análise de informações pelo próprio CTA, cujas equipes são, muitas vezes, as mesmas do nível central do programa municipal, o que significa dizer a possibilidade de diálogos vigilância-assistência-gestão e de utilização da informação para a decisão-ação.

Nos municípios menores, tal “vantagem” garante, além disso, melhor aproveitamento da capacidade instalada (em termos de recursos humanos, de informática, logísticos e materiais) para diagnóstico, investigação e implementação de ações de controle, o que reduz as resistências institucionais ao processo de descentralização da VE.

Considerações Finais

Durante os primeiros vinte anos de epidemia de HIV/AIDS no Brasil, a notificação compulsória dos casos de AIDS, desde 1986, e do HIV a partir de 2000, tem sido a principal estratégia de VE para fornecer subsídios à Resposta Nacional. Entretanto, como vimos, são muitos os fatores que impedem que esta notificação seja completa e a

informação produzida, de qualidade. A nossa avaliação é de que essa estratégia foi exaurida pelo abuso.

Além de respeitar os princípios da chamada “vigilância de segunda geração do HIV”, a estratégia de formação da Rede-Sentinela de CTA, que utiliza um novo SI-CTA como sua principal fonte de informações, contorna muitas das referidas dificuldades posto que fundamenta-se na possibilidade de cooperação (“entendimento”) entre racionalidades e práticas de vigilância e assistência no interior dos sistemas e serviços de saúde.

Não tendo a preocupação com estimativas precisas de incidência ou prevalência na população, assume como lógica central a constituição de fontes especiais de notificação suficientemente motivadas para participar de “esforços colaborativos comuns”. Mais do que a cobertura da Rede Sentinela, importa a qualidade das informações produzidas. A atividade de VE é consequência natural da implantação do novo SIS nos serviços.

Entre as vantagens da estratégia, deve-se destacar a possibilidade de acompanhar alguns comportamentos de risco para a infecção entre os grupos de alto risco de transmitir/adquirir o HIV. A adesão ao novo SIS sendo não-compulsória supera a baixa disposição em registrar de modo que a qualidade das informações passa a depender, basicamente, da qualidade da atenção oferecida. Viabiliza, além disso, a produção e análise de informações pelo nível local, permitindo, pois, recuperar a noção de VE como informação para ação em saúde.

Em sua próxima versão, que pretende corrigir as falhas identificadas na primeira e incrementar algumas funções, as possibilidades de utilização do novo SIS com fins de VE do HIV no nível local serão ampliadas. Também a sua integração a outros subsistemas do MS favorecerá a estratégia de cruzamento das bases de dados nacionais e reduzirá o trabalho das equipes dos serviços.

Como maiores desafios que se colocam à institucionalização deste novo modelo de vigilância, citaríamos o funcionamento burocrático do SNVE (centrado nas “normas” e não no seu “objeto”; confusão entre “meios” e “fins”) e o perfil e dimensões das equipes que realizam VE no nível local, o que dificulta a possível articulação de “paradigmas”. Além disso, a introdução de novas tecnologias, invariavelmente ocasiona comoções na cultura estabelecida de trabalho e na organização.^{3,16,17}

Por fim, um comentário a respeito da necessidade de se assumir a falência da estratégia de tudo, compulsoriamente, por decreto, tornar “notificável”. A normalização da VE realizada pela Secretaria de Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e publicada em seu Guia de Vigilância (2002) é bastante clara na definição dos agravos de notificação compulsória e na avaliação da utilidade de cada estratégia de vigilância.^{1,5,25}

A notificação universal e compulsória de agravos somente estaria justificada nas seguintes situações:

1. Necessidade de uma informação ágil para viabilizar uma intervenção oportuna e, via de regra, preservar a vida, como, por exemplo, são os casos de cólera, difteria, meningite, febre amarela, antraz (para dar um exemplo recente) etc.;

2. Necessidade de monitorar o ressurgimento de agravos já sob controle ou erradicados, tais como a peste, varíola, poliomielite ou sarampo;
3. Vigilância de agravos com grande impacto na população (transcendência) e/ou com efetiva possibilidade de controle, como a AIDS, a tuberculose e a hanseníase;
4. Quando a disponibilidade dos medicamentos para tratamento desses agravos é prerrogativa do setor público.

*“Estados e municípios podem incluir novas patologias, desde que se defina, com clareza, o motivo e objetivo da notificação, os instrumentos e fluxo que a informação vai seguir e as ações que devem ser postas em prática, de acordo com as análises realizadas. Só se deve coletar dados que tenham uma utilização prática, para que não sobrecarreguem os serviços com formulários que não geram informações capazes de aperfeiçoar as atividades de saúde. (...) Estes critérios devem ser observados e analisados em conjunto, respeitadas as características próprias de cada doença”.*¹

Referências Bibliográficas

- 1 – BRASIL/FUNASA. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5ª ed., Brasília, 2002, volume I.
- 2 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. A Experiência do Programa Brasileiro de AIDS. [Brasília, Editora do MS, 2002.](#)
- 3 – Cardoso, 2004. Vigilância Comportamental. In: Vigilância do HIV e das Hepatites Virais: abordagens e perspectivas/ Programa de Cooperação Técnica Brasil-França: Seminário Anual 2003. Brasília, Ministério da Saúde, 2004:26-32.

- 4 – Rodrigues VM, Fracolli LA, Oliveira MAC. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2001, v. 35, n. 4, pp. 313-319.
- 5 – Teixeira MG, Penna GO, Risi JB *et al.* Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. Sus*, mar. 1998, vol.7, no.1, p.7-28.
- 6 – Carmo EH, Barreto ML, Silva Jr JB. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde*, jun. 2003, vol.12, no.2, p.63-75.
- 7 – Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2):207-217, mar-abr, 2000.
- 8 – Cerqueira EM, Assis MMA, Villa TCS *et al.* Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde em Feira de Santana-BA. *Epidemiol. Serv. Saúde*, dez. 2003, vol.12, no.4, p.213-223.
- 9 – Carvalho AO. Tecnologias da Informação na Gestão da Saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 32, nº 2, mar/abr., 1998:195-205.
- 10 – Nichiata LY, Shima H. Sistema de informação em AIDS: limites e possibilidades. *Revista Esc. Enf. USP*, v. 33, n. 3, p. 305-12, set. 1999.
- 11 – Cruz MM, Toledo LM, Santos EM. Strengths and limitations of the Rio de Janeiro Municipal AIDS Information System as an instrument for epidemiological surveillance. *Cad. Saúde Pública*, 2003, v. 19, n. 1, pp. 81-89.
- 12 – Melione LPR. Utilização de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde para vigilância epidemiológica e avaliação de serviços ambulatoriais em São

- José dos Campos-São Paulo. *Inf. Epidemiol. SUS*, dez. 2002, vol.11, no.4, p.215-225.
- 13 – Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcellos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com Aids, no Rio de Janeiro, RJ, 1996. *Rev. Saúde Pública*, 2000, v. 34, n. 2, pp. 170-177.
- 14 – Laguardia J, Domingues CMA, Carvalho C *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2004; 13(3):135-147.
- 15 – Kisil M. *Gestão da Mudança Organizacional*, volume 4. São Paulo, USP, 1998 (Série Saúde & Cidadania).
- 16 – ONUSIDA/OMS. *Vigilância Del HIV de segunda generaci3n: El pr3ximo decenio.* ONUSIDA/OMS, 2000.
- 17 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. *Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes.* [Brasília, Editora do MS, 2002.](#)
- 18 – Gomes FBC. Abordagem epidemiológica dos sistemas de informação no Brasil: gerenciamento, realizaç3o de pesquisas e divulgaç3o no IESUS. *Inf. Epidemiol. Sus*, set. 2001, vol.10, no.3, p.109-112.
- 19 – Gaze R, Carvalho DM, Luiz RR *et al.* Laborat3rios sentinelas: uma proposta para o monitoramento das infecç3es pelos v3rus das hepatites A e B. *Inf. Epidemiol. SUS*, mar. 2000, vol.9, no.1, p.5-21.
- 20 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Projeto de Implantaç3o do Sistema de Informaç3es dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS. [Brasília, 2001.](#)

- 21 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS: Manual de Utilização. [Brasília, Editora do MS, 2002.](#)
- 22 – BRASIL/MS/PN DST-AIDS. Aconselhamento em DST-AIDS para a Atenção Básica. [Brasília, MS/PN DST-AIDS, 2003.](#)
- 23 – Habermas J. Relaciones com el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción. In: HABERMAS, J. Teoria da acción comunicativa I. Madrid, Taurus, (1ª ed. 1981), 1987.
- 24 – Carvalho MS. A vigilância epidemiológica e a infecção pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*. 1989, v. 5, n. 2 [cited 2009-01-14], pp. 160-168.
- 25 – Barreira D. Texto para debate no Seminário de Vigilância das DST. PN DST-AIDS/SVS/MS, Brasília, 15/12/2003 (paper).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de Visita de CTA (Versão 2.0)

1A - Reunião com Gerente/Equipe Gerencial

Objetivo: Estabelecer um bom contato inicial e apresentar a Equipe de Supervisão, Objetivos e Cronograma de Trabalho.

Tempo Estimado: 15 a 30 minutos (8:30 às 9:00 h)

2A - Visita às Dependências

Objetivo: Conhecer as dependências do CTA (Recepção, Sala de Coleta de Material, Consultórios, Sala de Aconselhamento Coletivo e Administração, sem esquecer dos equipamentos de informática).

Tempo Estimado: 15 a 30 minutos (9:00 às 10:00 h).

1B/2B - Acompanhar o Fluxo de um Atendimento Real

Objetivo: Conhecer o processo de trabalho através de Observação Participante (no mínimo, assistir uma Sessão de Aconselhamento).

Tempo Estimado: 30 minutos a 2 horas (Simultâneo ao item 1A e 2A do Roteiro, a ser realizado pelo técnico de Prevenção).

Obs.: Nem sempre será possível cumprir este item do Roteiro. Seria necessário, entretanto, minimamente, assistir uma Sessão de Aconselhamento Coletivo (8:00 às 10:00 h).

3 - Supervisionar *in loco* a utilização do SI-CTA

Objetivo: Supervisionar *in loco* a utilização do SI-CTA (Integridade do banco de dados, dificuldades operacionais e sugestões de aperfeiçoamento etc.).

- Averiguar os aspectos físicos de informática, disposição dos equipamentos e forma de trabalho (rede ou mono usuário), aspectos de utilização do sistema (Quais módulos são usados? Quais não são e porque?);
- Averiguar a qualidade dos dados do sistema (qualidade da entrada de dados e saídas, consultas e relatórios. Comparar informações que temos na CN com os dados do CTA).

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos (10:00 às 12:00 h).

Obs.: O ideal será que antes das Visitas de Supervisão, seja feito uma avaliação das informações exportadas à CN, bem como do relatório de acompanhamento da implantação (confrontar com a realidade encontrada).

4 - Reunião com a Equipe Técnica e Administrativa do CTA

Objetivo:

- Breve histórico da Unidade e da constituição da Equipe atual;
- Reconstruir coletivamente o fluxo de atendimento (desde a Recepção até o Pós-Teste, e como entra o SI-CTA neste fluxo);
- Identificar modelo pedagógico e organizacional utilizado no Aconselhamento;
- Reconstruir os Passos na Implantação do SI-CTA; (desde a Recepção até o Pós-Teste);
- Identificar Facilidades/Dificuldades e Fatores Críticos de Sucesso da implantação do SI-CTA (e como resolveram os problemas);
- Identificar Vantagens e Desvantagens/Problemas na utilização do SI-CTA (dificuldades e como estão resolvendo os problemas);
- Identificar Sugestões de aperfeiçoamento do SI-CTA;
- Conhecer experiência anterior (know-how) da Equipe em treinamentos em geral. A equipe possui capacidade de treinar outros CTA?

Tempo Estimado: 2 horas (14:00 às 16:00 h).

5 - Reunião com Equipes do CTA e CE/CM DST-Aids

Objetivo: Pactuar diagnóstico e encaminhamento das questões que envolvem as coordenações.

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos (16:00 às 18:00 h).

APÊNDICE II

Questionário de Inquérito Telefônico

1) Este CTA está cadastrado no SIA/ SUS?

- () 1. Sim . Número de cadastro: _____
() 2. Não
() 3. Não sei

2) O CTA funciona junto à Unidade de saúde?

- () 1. Sim. Nome e número da Unidade no SIA/ SUS? _____
() 2. Não.
() 3. Não sei

3) Quais e quantos profissionais fazem parte da equipe do CTA?

- () 1. Enfermeiros. Quantos? _____
() 2. Auxiliar/ Técnico de enfermagem. Quantos? _____
() 3. Médicos. Quantos? _____
() 4. Psicólogos. Quantos? _____
() 5. Assistente Social. Quantos? _____
() 6. Apoio Administrativo. Quantos? _____
() 7. Outros . Quais e quantos? _____

4) Quanto ao período para atendimento à população informe:

Quantos dias na semana: _____

- Período de atendimento: () 1. Período Integral (dia todo)
() 2. ½ Período - Manhã () Tarde ()
() 3. Outros. Quais? _____

5) Quantos usuários foram atendidos no trimestre ABRIL/ MAIO/ JUNHO de 2001? _____

6) Quantos testes de HIV foram realizados no trimestre ABRIL/ MAIO/ JUNHO de 2001? _____

7) Quantos testes de HIV, com resultado positivo, foram realizados no trimestre ABRIL/ MAIO/ JUNHO de 2001? _____

8) Qual o número de pessoas que retornaram para buscar o resultado de exames no trimestre ABRIL/ MAIO/ JUNHO de 2001? _____

9) Qual o tempo médio de espera pelo resultado do teste :

- a) ELISA _____ (dias)
b) CONFIRMATÓRIO _____ (dias)

10) Quanto à localização do laboratório de referência para testes:

a) O teste ELISA é realizado em laboratório do mesmo município do CTA?

1. Sim
 2. Não. Onde (Município/ UF)? _____
 3. Não sei

b) O teste CONFIRMATÓRIO é realizado em laboratório do mesmo município do CTA?

1. Sim
 2. Não. Onde (Município/ UF)? _____
 3. Não sei

11) Qual é a população atendida?

1. População em geral
 2. Gestantes
 3. Profissionais do sexo
 4. HSH
 5. UD/UDI
 6. Casais discordantes
 7. Outros. Quais? _____

12) Quais são as atividades desenvolvidas pelo CTA?

1. Aconselhamento pré -teste coletivo
 2. Aconselhamento pré -teste individual
 3. Aconselhamento pós -teste
 4. Aconselhamento posterior ao resultado
 5. Acompanhamento psicológico
 6. Redução de danos/ troca de seringas
 7. CTA Itinerante
 8. Atividades educativas em Presídios/ Escolas/Empresas/ Mídia
 9. Busca ativa dos faltosos ao retorno
 10. Outros. Quais? _____

13) O CTA mantém o anonimato como regra para atendimento ?

1. Sim
 2. Não
 3. Não sei

14) O CTA distribui insumos de prevenção ?

1. Preservativos masculinos
 2. Preservativos Femininos
 3. Seringas e agulhas
 4. Gel Lubrificante
 5. Outros. Quais? _____

15) Qual a procedência dos recursos utilizados para a execução das ações do CTA ?

- 1. Municipais
- 2. Estaduais
- 3. Federais
- 4. Consórcios Intermunicipais
- 5. Não sei

16) Este CTA está informatizado?

- 1. Sim (totalmente informatizado)
- 2. Parcialmente informatizado
- 3. Não (nenhum grau de informatização)
- 4. Não sei

17) O CTA recebeu Treinamento do Sistema de Informação disponibilizado pela Coordenação Nacional de DST e AIDS?

- 1. Sim - Quando (mês/ano)? _____
- 2. Não
- 3. Não sei

18) O CTA já implantou [alguma versão “demonstração” de] o sistema informatizado?

- 1. Sim - Desde quando? _____
- 2. Não - Por quê? _____
- 3. Não sei

18.1) Se o CTA já implantou o sistema, quais rotinas de funcionamento estão sendo utilizadas?

- 1. Agendamento de atendimentos
- 2. Entrada de dados no sistema
- 3. Impressão de etiquetas
- 4. Montagem de lotes para laboratório
- 5. Consulta de resultados
- 6. Impressão de relatórios
- 7. Outras. Quais? _____
- 8. Não sei

19) Em que as informações obtidas pelo sistema tem auxiliado no seu trabalho ?

- 1. Planejamento das ações
- 2. Controle de estoque de insumos de prevenção
- 3. Controle de número de testes realizados
- 4. Cálculo de indicadores
- 5. Outros. Quais? _____

20) Para onde estão sendo encaminhadas as informações produzidas pelo sistema?

- 1. Nível Municipal do SUS (CM DST/ AIDS)
- 2. Nível Estadual do SUS (CE DST/ AIDS)
- 3. Nível Federal do SUS (CN DST/ AIDS)
- 4. Não estão sendo encaminhadas
- 5. Não sei

21) Quais informações adicionais você gostaria que constasse no Sistema Informatizado?

22) Tem alguma sugestão para um melhor funcionamento dos CTA?

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO DE ADESÃO À IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA

A - IDENTIFICAÇÃO DO CTA	
Nome do CTA: _____	Nº SIA-SUS: _____
Vínculo: Coordenação [<input type="checkbox"/>] Estadual [<input type="checkbox"/>] Municipal	de DST-AIDS de _____
Endereço: _____	
Telefones: _____	Fax: _____
Cidade: _____	UF: _____ CEP: _____
End. Eletrônico: _____	
Gerente do CTA: _____	

B - ESTRUTURA FÍSICA E DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA			
Área Total: _____			
Nº de Salas: _____			
Acesso à Internet? [<input type="checkbox"/>] Sim [<input type="checkbox"/>] Não		Provedor: [<input type="checkbox"/>] Institucional [<input type="checkbox"/>] Comercial	
Possui Home Page? [<input type="checkbox"/>] Sim [<input type="checkbox"/>] Não			
EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA ¹	Nº	UTILIZAÇÃO ²	LOCALIZAÇÃO
Realiza manutenção preventiva dos		[<input type="checkbox"/>] Sim [<input type="checkbox"/>] Não	

¹ Indicando memória RAM, velocidade de processamento (em MHz) e espaço livre no HD.

² T (Testagem), A (Aconselhamento), R (Recepção), AF (Administrativo-Financeiro) e AC (Articulação Comunitária).

equipamentos?

Em caso afirmativo, com que periodicidade?

OBSERVAÇÕES :

C - GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Quem solicita? _____

Quem ordena as despesas? _____

Quem realiza o processo licitatório? _____

Quem homologa? _____

Quem empenha? _____

Quem efetua o pagamento? _____

Existe comissão de licitação específica?

DESCREVA SUCINTAMENTE O TRÂMITE DOS PROCESSOS DE AQUISIÇÃO E CONTRATAÇÃO :

D - FLUXO DE TESTAGEM SOROLÓGICA NO ³CTA

E - EXPECTATIVAS DA EQUIPE QUANTO AO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO CTA

³ Especificar a metodologia utilizada, laboratórios de referência (no mesmo município?) e profissionais envolvidos.

APÊNDICE IV

Instrumento de Avaliação da Capacitação para Implantação Nacional do SI-CTA

1 – GERAL

a) Qual sua impressão geral da capacitação quanto à consecução dos objetivos?

Objetivos plenamente (9 – 10) atingidos

Objetivos razoavelmente (6 – 8) atingidos

Objetivos insuficientemente (0 – 5) atingidos

2 – CONTEÚDOS

b) Os conteúdos apresentados durante o treinamento foram suficientes para, quando do retorno ao município, implantar o SI-CTA?

Plenamente (9 – 10) Razoavelmente (6 – 8) Insuficientemente (0 – 5)

c) Quais conteúdos, ausentes da capacitação, deveriam ter sido incluídos?

3 – MÉTODOS

d) O método utilizado no treinamento foi adequado aos objetivos propostos?

Plenamente (9 – 10) Razoavelmente (6 – 8) Insuficientemente (0 – 5)

e) Que alterações V.Sa. introduziria na metodologia utilizada?

4 – FACILITADORES

f) Os facilitadores conseguiram realizar adequadamente seu trabalho?

Plenamente (9 – 10) Razoavelmente (6 – 8) Insuficientemente (0 – 5)

g) Que sugestões V.Sa. daria em relação aos facilitadores?

5 – AMBIENTE (FÍSICO E TECNOLÓGICO)

h) O ambiente físico e tecnológico estava adequado aos objetivos do treinamento?

Plenamente (9 – 10) Razoavelmente (6 – 8) Insuficientemente (0 – 5)

i) Que sugestões V.Sa. daria em relação ao ambiente físico e tecnológico?

6 – HOSPEDAGEM & ALIMENTAÇÃO

j) O hotel e a alimentação corresponderam às suas expectativas?

Plenamente (9 – 10) Razoavelmente (6 – 8) Insuficientemente (0 – 5)

l) Que sugestões V.Sa. daria em relação à hospedagem e à alimentação?

7 – COMENTÁRIOS FINAIS E SUGESTÕES

m) Quais os pontos críticos (potenciais dificultadores) da implantação do SI-CTA?

- Direcionalidade da política municipal relativa às DST-AIDS e ao CTA
- Direcionalidade da política estadual relativa às DST-AIDS e ao CTA
- Direcionalidade da política federal relativa às DST-AIDS e ao CTA
- Qualidade do gerenciamento da implantação na ponta (CTA)
- Qualidade do suporte técnico e organizacional fornecido pela SMS
- Qualidade do suporte técnico e organizacional fornecido pela SES
- Qualidade do suporte técnico e organizacional pela CN DST-AIDS
- Apoio dos técnicos de saúde
- Apoio dos técnicos de informática
- Pouca autonomia do CTA
- Pouco controle (interno e externo) do CTA
- Aceitação do cliente final (cidadão-usuário)
- Outras (Informar):

n) Outras críticas e sugestões:

APÊNDICE V

PLANO DE IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA

Município: _____ UF: _____

Nome do CTA: _____

Funções do SI-CTA:

<input type="checkbox"/>	Agendar atendimentos e entrega de resultados	Data de Início:	___ / ___ / ___
<input checked="" type="checkbox"/>	Registrar os atendimentos realizados		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Imprimir etiquetas para identificação do material		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Montar lotes de requisições para o laboratório		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Registrar resultados de exames		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Consultar resultados de exames		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Controle de estoque (preservativos, folders etc.)		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Emissão de relatórios de acompanhamento		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Emissão de relatórios para Gestão do CTA		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Emissão de relatórios para VE do HIV		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Exportação dos dados à CM DST-AIDS		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Exportação dos dados à CE DST-AIDS		___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/>	Outras (Informar):		___ / ___ / ___

Dificuldades Previstas:

- Direcionalidade da política municipal relativa às DST-AIDS e ao CTA
- Direcionalidade da política estadual relativa às DST-AIDS e aos CTAs
- Direcionalidade da política federal relativa às DST-AIDS e aos CTAs
- Qualidade do gerenciamento da implantação na ponta (no CTA)
- Qualidade do suporte técnico e organizacional fornecido pela SMS
- Qualidade do suporte técnico e organizacional fornecido pela SES
- Qualidade do suporte técnico e organizacional fornecido pela CN DST-AIDS
- Apoio dos funcionários (técnicos de saúde)
- Apoio dos funcionários (técnicos de informática)
- Pouca autonomia do CTA
- Falta de controle (interno e externo) do CTA
- Aceitação do cliente final (cidadão-usuário)
- Outras (Informar):

Necessidades:

- Apoio técnico de saúde da CE DST-AIDS (SES)
- Suporte técnico de informática (hardware) da CE DST-AIDS (SES)
- Suporte técnico de informática (software) da CE DST-AIDS (SES)
- Apoio técnico de saúde da CN DST-AIDS (MS)
- Suporte técnico de informática (hardware) da CN DST-AIDS (MS)
- Suporte técnico de informática (software) da CN DST-AIDS (MS)
- Outras (Informar):

APÊNDICE VI

Situação da implantação do SI-CTA por Região até 19/12/2003

SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA							
Região	UF	Município	Instituição	Treinou?	Questionário?	Implantou?	Exportou ?
N O R T E	AP	Macapá	CTA	S	S	N	N
	AM	Manaus	CTA	S	S	S	N
		Tabatinga	CTA	S	N	N	N
		Belém	CTA	S	S	S	S
	PA	Altamira	CTA Amor a Vida	S	S	S	S
		Ananindeua	CTA Pacto Pela Vida	S	S	S	N
		Marabá	CTA Hebert José de Souza	S	S	N	N
		Santarém	CRT Sidadão	S	N	S	S
		São Félix do Xingu	CTA	N	N	N	N
		Tucuruí	CTA	S	S	S	S
	RO	Porto Velho	CTA Policlínica Osvaldo Cruz	S	N	S	S
	RR	Boa Vista	CTA	S	S	N	N
	TO	Araguaína	CTA	S	S	S	N
		Palmas	CTA	S	S	S	N
Total Região Norte				14	11	10	5
S U L	PR	Cascavel	CTA	1	1	1	1
		Curitiba	CTA	S	S	S	S
		Foz do Iguaçu	CTA	S	S	S	S
		Londrina	COAS	S	S	S	N
		Paranaguá	CTA	S	S	S	S
		Ponta Grossa	CTA	S	S	S	N
		Cornélio Procópio	CTA	S	S	S	N
		Pato Branco	CTA	S	S	S	N
		São José dos Pinhais	CTA	S	S	S	S
	RS	Canoas	CTA	S	S	S	N
		Caxias do Sul	CTA/COAS	S	S	S	S
		Novo Hamburgo	CTA	S	S	S	S
		Passo Fundo	CTA	S	S	S	S
		Porto Alegre	Ambulatório de Dermatologia Sanitária	S	S	S	S
			CTA Paulo Bonfim	S	S	S	S
			CTA Caio Fernando Abreu	S	S	S	S
		Rio Grande	CTA	S	N	S	S
		Uruguaiana	CTA	S	S	S	S
	Viamão	CTA Herbert de Souza	S	S	S	S	
	SC	Balneário de Camboriú	CTA	S	S	S	S
		Biguaçu	CTA	S	S	S	S
		Blumenau	CTA	S	S	S	S
		Chapecó	CTA	S	S	S	S
		Criciúma	CTA	S	S	S	S
		Florianópolis	CTA	S	S	S	S
		Imbituba	CTA	S	S	S	S
		Itajaí	CTA	S	S	S	S
		Joaçaba	CTA	S	S	S	S
		Jaraguá do Sul	CTA	S	S	S	S
		Joinville	CTA	S	S	S	S
		Lages	CTA	S	S	S	N
		Rio do Sul	CTA	S	S	S	S
Total Região Sul				32	31	32	26

SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA							
Região	UF	Município	Instituição	Treinou?	Questionário?	Implantou?	Exportou?
S U D E S T E	ES	Cacheiro de Itapemirim	C.R Abel Santana	S	S	S	N
		Colatina	CTA	S	S	S	S
		Linhares	Unidade Sanitária	S	S	S	S
		Serra	CTA	S	S	S	S
		Vila Velha	CTA	S	N	N	N
		Vitória	CTA Hucam	S	N	N	N
	MG	Belo Horizonte	COAS MG	S	S	N	N
			COAS BH	S	S	N	N
		Betim	Centro de Convivência Cazuza	S	S	S	S
		Contagem	CTA	S	S	S	S
		Frutal	CTA	S	S	S	S
		Governador Valadares	CTA	S	N	S	S
		Teófilo Otoni	CTA Ozires Prates Dias	S	S	S	S
		Uberaba	CTA	S	S	N	N
		Duque de Caxias	CTA	S	S	S	N
		RJ	Niterói	CTA Santa Rosa	S	N	S
	Nova Iguaçu		CTA	S	N	N	N
	Rio de Janeiro		CTA Hesfa	S	S	S	S
			CTA Madureira	S	N	S	S
	São João do Meriti		CTA	S	S	N	N
	Volta Redonda		CTA	S	N	S	S
	SP	Araçatuba	CTA	S	S	N	N
		Assis	COAS	S	S	N	N
		Barueri	COAS/CTA	S	S	N	N
		Bauru	CTA	S	N	N	N
		Campinas	COAS/CTA	S	N	N	N
		Cubatão	CTA	S	N	S	N
		Diadema	CTA	S	N	N	N
		Franca	CTA	S	N	N	N
		Franco da Rocha	DIR	S	N	N	N
		Guarujá	CTAPT	S	N	S	S
		Itatiba	CTA Mário Alves	S	S	S	S
		Jundiaí	COAS	S	N	N	N
		Marília	CTA	S	N	S	S
		Mauá	COAS	S	S	S	S
		Osasco	CTA	S	S	N	N
		Presidente Prudente	CTA	S	S	N	N
		Ribeirão Preto	CTA	S	N	S	S
		Rio Claro	CTA	S	S	S	S
		Santo Amaro	CTA	S	N	N	N
		Santo André	CTA	S	N	N	N
		Santos	COAS	S	N	S	N
		São Bernardo do Campo	COAS	S	S	S	S
		São José dos Campos	CTA	S	S	S	S
		São José do Rio Preto	CTA	S	N	N	N
		São Paulo	CTA Henfil	S	S	S	S
			CTA - CRT	S	S	S	S
			CTA Pirituba	S	S	S	S
			CTA São Miguel	S	N	S	S
			CPA Paulo César Bonfim (Lapa)	S	N	N	N
CTA Santo Amaro		S	N	S	S		
São Sebastião		CTA	S	N	N	N	
São Vicente		CTA	S	N	N	N	
Sorocaba		COAS	S	S	S	S	
Suzano	CTA	S	S	S	S		
Taquaritinga	CTA Ernesto Pagliuso	S	N	S	S		
Total Região Sudeste				56	29	32	27

SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SI-CTA							
Região	UF	Município	Instituição	Treinou?	Questionário?	Implantou?	Exportou?
CENTRO OESTE	DF	Brasília	CTA	S	S	S	S
	GO	Anápolis	CTA	S	S	S	S
		Campos Belos	CTA	S	S	S	N
		Catalão	CTA	S	N	S	N
		Goiânia	CRT	S	S	S	S
		Itumbiara	CTA	S	S	S	S
		Luziânia	CTA	S	S	S	S
		Rio Verde	CTA	S	S	S	N
		Uruaçu	CTA	S	S	S	S
	MT	Cuiabá	CTA Estadual	S	S	S	S
		Rondonópolis	CTA Luz D'Yara	S	S	N	N
			CTA Jardim Guanabara	S	S	N	N
			CTA Nossa Senhora do Amparo	S	S	N	N
			CTA Vila Olinda	S	S	N	N
		Sinop	CTA	S	S	S	S
	Várzea Grande	CTA	S	S	S	S	
	MS	Campo Grande	CTA	S	S	S	S
		Corumbá	CTA	S	S	S	S
		Dourados	CTA	S	S	S	S
		Três Lagoas	CTA	S	S	S	S
Total Região Centro-Oeste				20	19	16	13
NORDESTE	AL	Arapiraca	CTA	S	S	N	N
		Maceió	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/UFAL	S	S	N	N
			PAM Salgadinho	S	S	S	S
	BA	Salvador	CTA Estadual	S	N	S	S
		Ilhéus	CRT	S	S	N	N
		Itabuna	CRT	S	S	N	N
		Juazeiro	C.I.D.H.A - Centro de Informações em DST/HIV/AIDS	S	N	N	N
				Vitória da Conquista	CRT	S	S
	CE	Fortaleza	CTA	S	N	N	N
		Sobral	CTA	S	S	N	N
	MA	Bacabal	CTA	S	S	S	S
		Caxias	CTA	S	N	S	N
		Codó	CTA	S	N	S	N
		Imperatriz	CTA	S	N	S	N
		Itapecuru Mirim	CTA	S	S	S	S
		São Luís	CTA Anil	S	N	S	S
			CTA Lira	S	S	S	S
	PB	Campina Grande	CTA	S	S	S	N
		João Pessoa	CTA Estadual	S	S	N	N
			CTA Municipal	S	N	N	N
	PE	Cabo de Santo Agostinho	CTA	S	S	N	N
		Camaragibe	CTA	S	S	N	N
		Caruaru	CTA	S	S	S	S
		Garanhuns	CTA	S	S	S	N
		Jaboatão dos Guararapes	CTA	S	S	S	N
		Olinda	CTA	S	S	S	N
		Palmares	CTA	S	N	S	S
		Paulista	CTA	S	N	S	S
		Petrolina	CTA	S	S	S	N
		Recife	CTA	S	S	N	N
	PI	Parnaíba	CTA	S	N	S	N
		Picos	CTA	S	S	S	S
		Teresina	CTA	S	S	S	S
	SE	Aracaju	CTA	S	S	S	N
Total Região Nordeste				34	23	22	12

APÊNDICE VII

Situação da supervisão dos CTA por Região até 19/12/2003

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	INSTITUIÇÃO	AVALIADO?
Norte	AC	Rio Branco	CTA	Não
	AP	Macapá	CTA	Não
	AM	Manaus	Hospital Universitário	Não
	PA	Belém	CTA	Sim
		Altamira	CTA Amor a Vida	Sim
		Tucuruí	CTA	Sim
	RO	Porto Velho	CTA Policlínica Osvaldo Cruz	Não
TO	Palmas	CTA	Não	
Centro-Oeste	DF	Brasília	CTA	Sim
	GO	Goiânia	CTA	Sim
	MT	Cuiabá	CTA	Sim
		Sinop	CTA	Não
	MS	Campo Grande	CTA	Sim
Nordeste	BA	Salvador	CTA Estadual	Sim
	MA	Bacabal	CTA	Não
		São Luís	CTA Anil	Sim
			CTA Lira	Sim
Sudeste	ES	Serra	CTA	Sim
	MG	Betim	Centro de Convivência Cazusa	Sim
		Contagem	CTA	Sim
		Teófilo Otoni	CTA Ozires Prates Dias	Sim
	RJ	Campos	CTA	Sim
		Rio de Janeiro	CTA Madureira	Sim
			CTA Hesfa	Sim
	SP	São Bernardo do Campo	COAS	Sim
		São Paulo	CRT	Sim
	Sul	PR	Cascavel	CTA
Curitiba			CTA	Sim
RS		Porto Alegre	CTA Caio Fernando Abreu	Sim
SC		Chapecó	CTA	Sim
		Florianópolis	CTA	Sim
		Joinville	CTA	Sim

