

MODELOS DE VIGILÂNCIA DO HIV-AIDS: ATUALIZAÇÃO DO DEBATE

AJC Cardoso, D Barreira, EA Mota

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, representa um dos maiores problemas de saúde coletiva no mundo atual. 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, é o resultado do trabalho coletivo que vem sendo executado pelos três níveis de governo e pela sociedade civil há mais de duas décadas. Em que pese os avanços obtidos no período anterior, é a partir de 1992, entretanto, 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 Sistema Único de saúde (SUS). Durante os primeiros 20 anos, a notificação universal e compulsória dos casos foi a principal estratégia de VE no Brasil.

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.¹ Essa compulsoriedade é inerente à profissão médica e às outras profissões da área de saúde.²

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.

Metodologia

Essas reflexões emergiram no trabalho de supervisão técnica realizado junto à VE dos 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 2001, e que possibilitaria constituição de uma Rede-Sentinela de CTA para a VE do HIV e de alguns comportamentos de risco para a infecção.

O trabalho de supervisão técnica realizado junto aos CTA e às equipes de VE dos programas sub-nacionais de DST-AIDS propiciou tanto uma certa observação de algumas das práticas específicas de VE, como a realização de algumas entrevistas com gestores e técnicos desses serviços. Também o processo de implantação do novos 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), é, particularmente no caso do HIV-AIDS, ineficiente e ineficaz no cumprimento de sua missão. Antes, porém, recuperaremos, inicialmente, o processo de reorganização do Sistema Nacional de VE (SNVE) no Brasil, para, com base neste resgate histórico, 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 coletiva.

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 apenas a *“observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”*. 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.

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

Nos últimos anos, entretanto, dois processos conjugaram-se no sentido de justificar a VE de algumas doenças crônicas, da violência e de alguns comportamentos de risco: 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.

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 de HIV-AIDS corresponde a um verdadeiro mosaico de epidemias regionais, com características próprias e referidas às particularidades também locais. Estas características, além de dificultarem as atividades de VE, tornam indispensável um conhecimento mais preciso das suas características 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. 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. A informação orienta a implantação, acompanhamento e avaliação das ações de vigilância, prevenção e assistência em saúde.¹

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.¹ 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.

Tese Primeira

Conforme já referido, vários fatores 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 outros fatores, 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, que, via de regra deixam de analisar e divulgar as informações produzidas;

- 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.⁸

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.

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 diversas revisões ao longo do tempo, e o tratamento anti-retroviral vem modificando o curso da expressão da doença nas populações, tornando esta informação ainda mais difícil de ser interpretada.

Assim, esta modalidade de VE vem se revelando francamente insuficiente para o cumprimento de sua missão relativa à epidemia do HIV-AIDS. Pode-se dizer que todo o esforço do MS de capacitação das equipes que atuam em VE vem se revelando insuficiente para assegurar o desenvolvimento de um sistema de VE em HIV-AIDS sensível e efetivo, principalmente no nível municipal, onde as dificuldades parecem ser maiores.

Estas dificuldades para assegurar o desenvolvimento de um sistema de VE sensível e efetivo são reconhecidas pelo MS, mas a solução demandada por gestores e técnicos estaduais e municipais do sistema e encaminhada pelo MS 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, no Brasil, a estratégia da notificação universal e compulsória foi exaurida pelo abuso: “se tudo é prioritário, nada é, de fato, 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 e até *Pitiríase versicolor*.

Tese Segunda

Com o objetivo de superar as limitações identificadas, outras concepções e estratégias de VE mais integradoras vêm sendo propostas na área de HIV-AIDS, entre as quais, daremos destaque à proposta de constituição de uma Rede Sentinela de CTA, utilizando o Sistema de

Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em AIDS (SI-CTA) como sua principal fonte de informações e calçada na cooperação possível entre racionalidades e práticas de vigilância e assistência no interior do SUS.

Em se tratando do HIV-AIDS, este debate foi introduzido pelo documento “*Vigilância del HIV de segunda generación: El próximo decenio*” da ONUSIDA/OMS⁴, 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 é, ao menos, a interpretação que fizemos de seu argumento central.⁵

O referido documento apresenta o que seriam os “princípios” destes novos “*Sistemas de Vigilancia de Segunda Geração*” do HIV-AIDS. Os dois primeiros 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 dos sistemas e serviços de saúde.

O terceiro e quarto princípios referem-se à necessidade da VE focalizar tanto os comportamentos de risco quanto 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 situação epidemiológica.

O quinto princípio desta “*Vigilância de Segunda Geração*” sinaliza para a possibilidade de se fazer uso de dados oriundos de outras fontes de informação, 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”.

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

- a) Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- b) Inquéritos populacionais periódicos;
- c) Vigilância sentinela (de grupos-sentinela, eventos-sentinela e em rede-sentinela);
- d) Análise e cruzamento das bases de dados nacionais;
- e) Acesso permanente à produção científica nacional e internacional e financiamento de agenda de pesquisas prioritárias ao SUS.

No âmbito dos serviços de DST-AIDS, 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 SICLON (que controla a distribuição dos medicamentos anti-retrovirais na rede pública) e o SICEL (que monitora os resultados laboratoriais de CD4 e carga viral) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), que reúne informações de cerca de 70% dos internamentos hospitalares realizados no país.

“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, o MS vem utilizando, desde 1992 e até com alguma frequência, a “Vigilância de Grupos Sentinelas” e os estudos transversais de soroprevalência e comportamentais repetidos em populações específicas (gestantes atendidas em clínicas de pré-natal e de DST, conscritos do Exército e parturientes do SUS). A “Vigilância do HIV por Rede Sentinela” foi, por outro lado, proposta recentemente dentro do MS, e seria viabilizada a partir da implantação nacional do Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-Aids (SI-CTA).

Tese Terceira

A nossa última tese é de que esta “Vigilância por Rede-Sentinela de CTA”, que utiliza o SI-CTA^{6,7} como sua principal fonte de informações, além de adequar-se aos princípios da Vigilância de Segunda Geração, contornaria as principais dificuldades identificadas na Primeira Tese (“diagnóstico setorial”) ao assumir como lógica central a constituição de fontes suficientemente motivadas para participar de “esforços colaborativos comuns”.

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). 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.

O MS promoveu a utilização desse novo SIS pelo conjunto dos CTA de todo o país a partir de fevereiro de 2002. 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. 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* ainda que suscetível de crítica.⁸

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.

Neste sentido, o SI-CTA poderia 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.

Entre as vantagens e possibilidades do novo sistema para a realização desta VE do HIV, deve-se destacar a possibilidade 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.

Entre as limitações desse 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.

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.

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).

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

Nos municípios menores, tal “vantagem” garante, além disso, melhor aproveitamento da capacidade instalada (em termos de RH, 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.

Comentários Finais

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 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.

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 dificuldades do SNVE 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, o que importa é a qualidade das informações produzidas. A atividade de VE seria 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. Prevê-se, por exemplo, a emissão de Boletim de Produção Ambulatorial e a “sinalização” de gestante soropositiva que deve ser investigada.

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, 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.⁴

Por fim, dois comentários últimos: um a respeito da necessidade de se assumir a falência da estratégia de tudo, compulsoriamente, por decretos ou portarias, tornar notificável. É necessário que se observe a normalização da vigilância epidemiológica realizada pela Secretaria de Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e publicada em seu Guia de Vigilância (2002) no que concerne à definição dos agravos de notificação compulsória e à avaliação da utilidade de cada modelo de vigilância.⁹

A notificação universal e compulsória de determinados agravos somente estaria justificada por quatro fatores:

1. Necessidade de uma intervenção imediata que proporcione informação ágil para viabilizar a ação e, via de regra, preservar a vida, como, por exemplo, 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 (doenças de maior vulnerabilidade aos medicamentos ou vacinas);
3. Vigilância de agravos com grande impacto na população (transcendência) e/ou com efetiva possibilidade de controle, como o HIV, a AIDS, a tuberculose e a hanseníase;
4. Possibilidade de atrelar a notificação das doenças a contrapartidas do MS, como, por exemplo, 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

Segundo Comentário: é fundamental inserir esta discussão no longo debate ético e sociopolítico acerca dos limites razoáveis da intervenção do Estado, inclusive da Saúde Coletiva, na vida dos cidadãos, e, portanto, acerca do limite ético desta vigilância sorológica e comportamental. Na saúde, tal fenômeno conjuga-se ao extenso processo histórico de normalização das condutas humanas tomando como base uma certa normatividade médico-científica, fenômeno que tem sido descrito como “medicalização da sociedade” e se traduzido, cada vez mais, em novas necessidades e demandas para os sistemas de saúde.

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 - CARVALHO, André de Oliveira. *Tecnologias da Informação na Gestão da Saúde*. RAP, Rio de Janeiro, v. 32, nº 2, mar/abr., 1998:195-205.
- 4 - ONUSIDA/OMS. *Vigilância Del HIV de segunda generación: El próximo decenio*. 2000.

- 5 - BRASIL/MS/PN DST-AIDS. *Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes*. Brasília, Editora do MS, 2002.
- 6 - BRASIL/MS/PN DST-AIDS. *Projeto de Implantação do Sistema de Informações dos Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-AIDS*. Brasília, 2001.
- 7 - 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.
- 8 - 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.
- 9 - BARREIRA, Dráurio. Texto para debate no Seminário de Vigilância das DST. PN DST-AIDS/SVS/MS, Brasília, 15/12/2003 (*papper*).