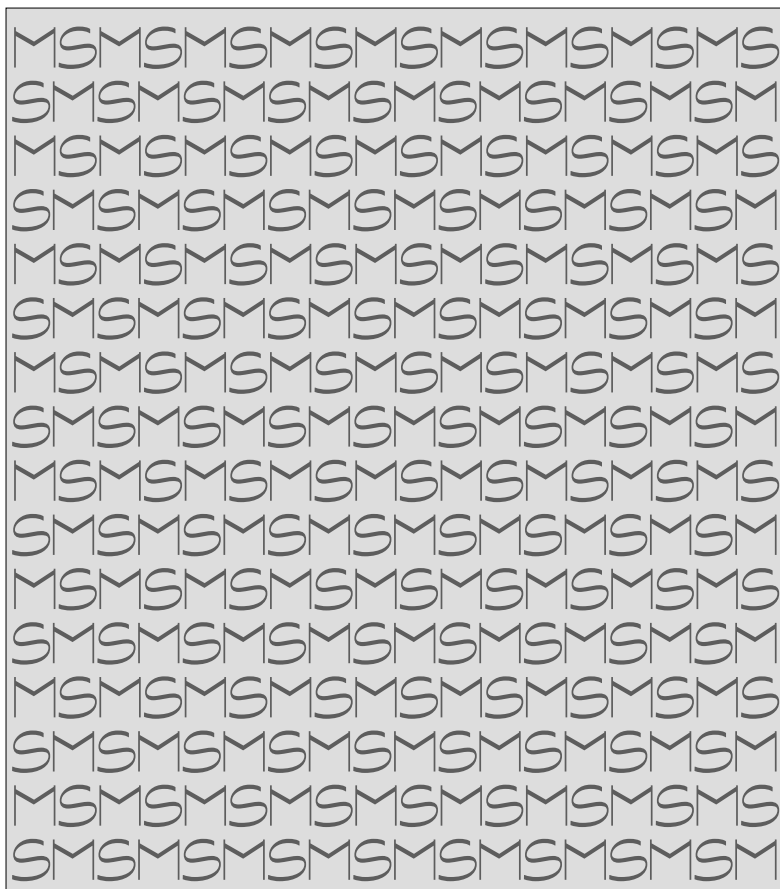


INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE

VOLUME 28 – N.º 1, jan./mar. 2008

ISSN 1518-3858



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Informação para a Saúde

Volume 28, n.º 1, jan./mar. 2008

Publicação trimestral da Biblioteca do Ministério da Saúde destinada à divulgação de artigos publicados em periódicos incorporados ao acervo institucional.

ISSN 1518-3858

Periodicidade: trimestral

Tiragem: 3.800 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

Esplanada dos Ministérios, bloco G, térreo

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2344/3315-2347/3315-2280/3315-3218

Fax: (61) 3315-2563

E-mail: produtosbib@saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Informação para a Saúde / Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Coordenação de Biblioteca. – Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

v. 28, n. 1, jan./mar. 2008

Trimestral

ISSN 1518-3858

1. Serviços de informação. 2. Disseminação da informação. 3. Informação – saúde – periódico. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Coordenação de Biblioteca. II. Título.

NLM ZA 3150-3159

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 0242/2008

SUMÁRIO

Apresentação 5

Resumos/Bibliografias 7

**AMBIENTE E SAÚDE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

001

PORTO, Marcelo Firpo; MARTINEZ-ALIER, Joan. **Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4, p. S503-S512, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s4/03.pdf>

Este trabalho busca trazer para o campo da Saúde Coletiva as contribuições da ecologia política e da economia ecológica, visando a integrar as discussões em torno da promoção da saúde, da sustentabilidade sócio-ambiental e dos processos de desenvolvimento. A economia ecológica é um campo de estudos transdisciplinar recente que reúne economistas com outros profissionais das ciências sociais, humanas e biológicas. Ela tem desenvolvido novos conceitos e metodologias que buscam captar a relação entre a economia com os processos ecológicos e sociais, como metabolismo social e perfil metabólico, inter-relacionando os fluxos econômicos com os de materiais e energia, e produzindo indicadores e índices de (in)sustentabilidade. A ecologia política, por sua vez, aborda as questões ecológicas e os conflitos sócio-ambientais a partir de dinâmicas econômicas e de poder que caracterizam as sociedades modernas. A Saúde Coletiva e as discussões sobre a promoção da saúde podem ampliar sua compreensão sobre o território, as comunidades, o papel da ciência e das instituições a partir das contribuições da ecologia política e da economia ecológica no entendimento dos modelos de desenvolvimento e os conflitos distributivos e sócio-ambientais por ele gerados.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE SAÚDE DA CRIANÇA

002

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth; CIANCARULLO, Tamara Iwanow. **A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança.** *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a04v16n3.pdf>

Avaliou-se a prática da integralidade, a partir da saúde da criança. Estudo de caso exploratório-descritivo (natureza transversal, abordagem quantitativa) que foi desenvolvido em duas unidades de saúde: uma, cujo eixo estruturante da assistência era o Programa de Saúde da Família e outra que organizava a assistência no modelo tradicional. Os dados foram levantados por entrevista com pais/responsáveis pelas crianças (n=195) e analisados com teste qui-quadrado e t-student. Constatou-se que o acesso era difícil em ambas as unidades, com média de 2-3 idas ao serviço para marcação de consulta. Acesso a medicamento e o sistema de referência/contra-referência foi mais bem garantido na unidade de saúde da família. O princípio da integralidade não se mostrou incorporado, mesmo na unidade de saúde da família. Assim, ainda permanecem como desafios, a busca de modelos assistenciais que contemplem o acesso aos serviços de saúde e a integralidade da atenção.

DIABETES MORTALIDADE

003

BARRETO, Sandhi Maria; PASSOS, Valeria Maria Azeredo; ALMEIDA, Suzanne Kelly Ferreira *et al.* **The increase of diabetes mortality burden among Brazilian adults.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 22, n. 4, p. 239-245, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n4/03.pdf>

OBJECTIVE: To estimate diabetes-related deaths among Brazilian adults between 1999 and 2003 and to investigate demographic factors associated with reporting diabetes as an associated cause of death. **METHODS:** All deaths with diabetes as the underlying or associated cause were identified using the

Brazilian Mortality Data System. Analysis was performed by sex, age, year, state of residence, and place of death. Mortality rates were age standardized by the 2000 Brazilian population. **FINDINGS:** A total of 237 946 deaths (8.8%) were related to diabetes; in 4.2% of deaths it was the underlying cause and in 4.6% it was an associated cause. Between 1999 and 2003, age-standardized mortality rates for diabetes as the underlying cause increased 14% among males and 9% among females, while mortality with diabetes as an associated cause increased 22% and 28%, respectively. Diabetes appeared more often as an associated cause in death certificates among older individuals and in those residing in São Paulo State; it appeared less often as an associated cause among women, brown- and black-skinned populations, and in deaths occurring outside hospitals. Cardiovascular diseases accounted for 54.5% of the underlying causes of death when diabetes was an associated cause. **CONCLUSION:** Diabetes was related to almost 9% of the deaths in the South and Southeast regions of Brazil. Mortality from diabetes is increasing, especially deaths with diabetes as an associated cause. The probability of having diabetes as the underlying cause of death is greater among women and nonwhite individuals. Our results reinforce the importance of using multiple causes of death to monitor diabetes, because half the individuals with the disease will die of another cause, especially cardiovascular diseases.

DIREITO À SAÚDE
SAÚDE AMBIENTAL
ENFERMAGEM

004

VARGAS, Liliana Angel; OLIVEIRA, Thaís Fonseca Veloso de; GARBOIS, Júlia Arêas. **O direito à saúde e ao meio ambiente em tempos de exclusão social.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 15, n. spe., p. 850-856, set./out. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_20.pdf

Este artigo é uma reflexão teórica sobre a trajetória do direito à saúde e ao meio ambiente no cenário político brasileiro e dentro do setor saúde, e tem como objetivo discutir as possibilidades de que esses direitos sejam efetivamente garantidos, saindo da esfera da retórica, estruturando uma sociedade mais justa e saudável. Observa-se que a realidade brasileira denuncia que os

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

complexos problemas associados à injustiça social e ambiental se materializam na exclusão social e degradação ambiental, comprometendo esses direitos. Conclui-se que a garantia desses está ligada às possibilidades de conquista coletiva da sociedade brasileira, na qual a Enfermagem pode dar importante contribuição.

DOENÇA DE CHAGAS

005

COURA, José Rodrigues. **Chagas disease: what is known and what is needed: a background article.** *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 102, supl. 1, p. 113-122, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/mioc/v102s1/cd_18.pdf

Chagas disease began millions of years ago as an enzootic disease of wild animals and started to be transmitted to man accidentally in the form of an anthrozoosis when man invaded wild ecotopes. Endemic Chagas disease became established as a zoonosis over the last 200-300 years through forest clearance for agriculture and livestock rearing and adaptation of triatomines to domestic environments and to man and domestic animals as a food source. It is estimated that 15 to 16 million people are infected with *Trypanosoma cruzi* in Latin America and 75 to 90 million people are exposed to infection. When *T. cruzi* is transmitted to man through the feces of triatomines, at bite sites or in mucosa, through blood transfusion or orally through contaminated food, it invades the bloodstream and lymphatic system and becomes established in the muscle and cardiac tissue, the digestive system and phagocytic cells. This causes inflammatory lesions and immune responses, particularly mediated by CD4+, CD8+, interleukin-2 (IL) and IL-4, with cell and neuron destruction and fibrosis, and leads to blockage of the cardiac conduction system, arrhythmia, cardiac insufficiency, aperistalsis, and dilatation of hollow viscera, particularly the esophagus and colon. *T. cruzi* may also be transmitted from mother to child across the placenta and through the birth canal, thus causing abortion, prematurity, and organic lesions in the fetus. In immunosuppressed individuals, *T. cruzi* infection may become reactivated such that it spreads as a severe disease causing diffuse myocarditis and lesions of the central nervous system. Chagas disease is characterized by an acute phase with or without symptoms, and with entry point signs (inocu-

lation chagoma or Romaña's sign), fever, adenomegaly, hepatosplenomegaly, and evident parasitemia, and an indeterminate chronic phase (asymptomatic, with normal results from electrocardiogram and x-ray of the heart, esophagus, and colon) or with a cardiac, digestive or cardiac-digestive form. There is great regional variation in the morbidity due to Chagas disease, and severe cardiac or digestive forms may occur in 10 to 50% of the cases, or the indeterminate form in the other asymptomatic cases, but with positive serology. Several acute cases have been reported from Amazon region most of them by T. cruzi I, Z3, and a hybrid Z1/Z3. We conclude this article presenting the ten top Chagas disease needs for the near future.

DOENÇA DE CHAGAS DETERMINANTES SOCIAIS

006

BRICENO-LEON, Roberto; MENDEZ GALVAN, Jorge. **The social determinants of Chagas disease and the transformations of Latin America.** *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 102, supl. 1, p. 109-112, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/mioc/v102s1/cd_15.pdf

DOENÇA FALCIFORME TRATAMENTO

007

BRAGA, Josefina A. P. **Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes.** *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 233-238, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a09.pdf>

O artigo apresenta as mais importantes medidas gerais nos cuidados do paciente com anemia falciforme, a qual apresenta elevada morbimortalidade. A prática de medidas preventivas, que incluem a triagem neonatal, a educação dos cuidadores e dos pacientes, o aconselhamento nutricional, a imunização e a profilaxia com penicilina na prevenção da infecção pelo pneumococo, contribuem para a redução da morbimortalidade bem como à melhora da qualidade de vida desses pacientes.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

TRATAMENTO

008

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC).

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, United States, v. 55, n. RR-11, p. 1-100, Aug. 4, 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5511.pdf>

These guidelines for the treatment of persons who have sexually transmitted diseases (STDs) were developed by CDC after consultation with a group of professionals knowledgeable in the field of STDs who met in Atlanta, Georgia, during April 19–21, 2005. The information in this report updates the Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2002 (MMWR 2002;51[No. RR-6]). Included in these updated guidelines are an expanded diagnostic evaluation for cervicitis and trichomoniasis; new antimicrobial recommendations for trichomoniasis; additional data on the clinical efficacy of azithromycin for chlamydial infections in pregnancy; discussion of the role of *Mycoplasma genitalium* and trichomoniasis in urethritis/cervicitis and treatment-related implications; emergence of lymphogranuloma venereum proctocolitis among men who have sex with men (MSM); expanded discussion of the criteria for spinal fluid examination to evaluate for neurosyphilis; the emergence of azithromycin-resistant *Treponema pallidum*; increasing prevalence of quinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in MSM; revised discussion concerning the sexual transmission of hepatitis C; postexposure prophylaxis after sexual assault; and an expanded discussion of STD prevention approaches.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**HPV****VACINAÇÃO****009**

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Quadrivalent human papillomavirus vaccine recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, United States, v. 56, n. RR-2, Mar. 23, 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5602.pdf>

These recommendations represent the first statement by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) on the use of a quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine licensed by the U.S. Food and Drug Administration on June 8, 2006. This report summarizes the epidemiology of HPV and associated diseases, describes the licensed HPV vaccine, and provides recommendations for its use for vaccination among females aged 9–26 years in the United States. Genital HPV is the most common sexually transmitted infection in the United States; an estimated 6.2 million persons are newly infected every year. Although the majority of infections cause no clinical symptoms and are self-limited, persistent infection with oncogenic types can cause cervical cancer in women. HPV infection also is the cause of genital warts and is associated with other anogenital cancers. Cervical cancer rates have decreased in the United States because of widespread use of Papanicolaou testing, which can detect precancerous lesions of the cervix before they develop into cancer; nevertheless, during 2007, an estimated 11,100 new cases will be diagnosed and approximately 3,700 women will die from cervical cancer. In certain countries where cervical cancer screening is not routine, cervical cancer is a common cancer in women. The licensed HPV vaccine is composed of the HPV L1 protein, the major capsid protein of HPV. Expression of the L1 protein in yeast using recombinant DNA technology produces noninfectious virus-like particles (VLP) that resemble HPV virions. The quadrivalent HPV vaccine is a mixture of four HPV type-specific VLPs prepared from the L1 proteins of HPV 6, 11, 16, and 18 combined with an aluminum adjuvant. Clinical trials indicate that the vaccine has high efficacy in preventing persistent HPV infection, cervical cancer precursor lesions, vaginal and vulvar cancer precursor lesions, and genital warts caused by HPV types 6, 11, 16, or 18 among females who have not already been infected

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

with the respective HPV type. No evidence exists of protection against disease caused by HPV types with which females are infected at the time of vaccination. However, females infected with one or more vaccine HPV types before vaccination would be protected against disease caused by the other vaccine HPV types. The vaccine is administered by intramuscular injection, and the recommended schedule is a 3-dose series with the second and third doses administered 2 and 6 months after the first dose. The recommended age for vaccination of females is 11–12 years. Vaccine can be administered as young as age 9 years. Catch-up vaccination is recommended for females aged 13–26 years who have not been previously vaccinated. Vaccination is not a substitute for routine cervical cancer screening, and vaccinated females should have cervical cancer screening as recommended.

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

010

BAGNATO, Maria Helena Salgado; RODRIGUES, Rosa Maria. **Diretrizes curriculares da graduação de enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 507-512, set./out. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf>

Pesquisa tratando das diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil aprovadas em 2001 pela Resolução nº 03/2001-CNE. Objetivamos contextualizar e resgatar o processo histórico de elaboração destas diretrizes, discutir o conteúdo aprovado fornecendo elementos para orientar a construção de projetos político-pedagógicos. Utilizamos de fontes bibliográficas, documentos e depoimentos orais. Evidenciamos os princípios pedagógicos presentes nas diretrizes; abordamos a discussão sobre a pesquisa; a licenciatura em enfermagem, o Sistema Único de Saúde como foco da formação e a atuação da Rede Unida. O contexto da educação superior e da saúde privatizados, as mudanças econômicas (globalização financeira, a atuação de agências internacionais) conformaram o panorama das mudanças na graduação no Brasil nos anos 90 e início do século XXI.

**ENFERMAGEM
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
POLÍTICA**

011

MELO, Cristina Maria Meira de; SANTOS, Tatiane Araújo dos. **A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal.** *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a07v16n3.pdf>

Analisamos a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde. Pressupondo que a enfermeira possui uma participação política na gestão da saúde, identificamos a sua concepção quanto à participação política; os espaços onde esta é exercida e analisamos, através de uma categorização pré-definida, como se processa esta participação. É um estudo de caso exploratório e qualitativo, num município baiano com uma gestão considerada como bem sucedida. A coleta se fez através de entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras gestoras e da observação pontual. Os resultados, analisados a partir das categorias pré-definidas e pela técnica de análise temática, apontam para uma visão restrita das enfermeiras quanto ao seu papel político na gestão do Sistema Único de Saúde; de uma participação política incipiente; de pouca valorização quanto a esta forma de participação, embora as enfermeiras ocupem espaços diferentes, relevantes e de caráter político-técnico no sistema de saúde municipal.

**ENFERMAGEM ONCOLÓGICA
POBREZA**

012

MENEZES, Maria de Fátima Batalha de; CAMARGO, Teresa Caldas; GUEDES, Maria Teresa dos Santos et al. **Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe., p. 780-785, set./out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_10.pdf

Reflexão sobre a questão da pobreza, o desenvolvimento humano e suas in-

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

terfaces com a assistência de Enfermagem em Oncologia. Objetivos: identificar os principais tipos de câncer por região; apontar os desafios para a assistência de enfermagem; discutir as possibilidades de atuação da enfermagem em oncologia nesse contexto. Tendo em vista a distribuição demográfica, epidemiológica e sociocultural do câncer no Brasil, articular de forma sistemática o cuidado em oncologia, em situações de pobreza e baixo desenvolvimento humano, constituem um desafio para a Enfermagem, visto que as ações necessárias para prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação vão da baixa à alta complexidade. Nessa concepção, abre-se a possibilidade de atender às demandas da população, que chega aos serviços especializados em oncologia com uma diversidade de necessidades, que não estão restritas ao acesso ao tratamento antineoplásico, mas acrescidas de carências inerentes a fatores socioeconômicos e culturais.

ENVELHECIMENTO

GÊNERO

POBREZA

013

SALGADO-DE SNYDER, V. Nelly; WONG, Rebeca. **Gênero y pobreza: determinantes de la salud en la vejez.** *Salud Pública de México*, México, v. 49, supl. 4, p. s515-s521, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a11.pdf>

ENVELHECIMENTO

SAÚDE

INFÂNCIA

014

RUIZ-PANTOJA, Teresita Elisa; HAM-CHANDE, Roberto. **Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez.** *Salud Pública de México*, México, v. 49, supl. 4, p. s495-s504, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a09.pdf>

OBJETIVO: Determinar si el estado de salud de la vejez en México al inicio del siglo XXI está asociado con las condiciones sociales y de salud vividas en la infancia, diferenciando por sexo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccio-

naron personas que sobrevivieron a condiciones adversas durante la infancia y en los siguientes años, originarias de medios rurales donde los servicios básicos eran escasos, lo que provocó elevadas tasas de mortalidad infantil a causa de enfermedades infecciosas o parasitarias. Se utilizó como fuente de información el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, y el modelo de regresión logística. **RESULTADOS:** Los estilos de vida de la infancia y la etapa adulta no son independientes, sino que interactúan y definen conjuntamente la morbilidad adquirida en las edades mayores. **CONCLUSIÓN:** La escolaridad de los padres y las características de la vivienda de la infancia aparecen como factores protectores importantes, aunque estas conclusiones no pueden generalizarse.

POLÍTICAS PÚBLICAS

ASSISTÊNCIA SOCIAL

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

015

VENDRUSCOLO, Telma Sanchez; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. **As políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe., p. 812-819, set./out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_15.pdf

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que buscou conhecer e analisar as representações sociais dos trabalhadores sociais em torno do atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência doméstica. Para coleta dos dados, utilizamos entrevistas semi-estruturadas e observação participante. A análise dos dados inspirou-se na hermenêutica dialética. As categorias empíricas que emergiram das representações dos sujeitos foram: "ausência de política", "não dar colo porque não teve colo" e "atendimento social", sobressaindo o aspecto político-econômico como determinante da violência e os aspectos culturais, perpetuando um ciclo de violência nas famílias. Um passo importante que deve ser dado é a formulação de políticas públicas para toda criança e adolescente e não políticas de exceção, somente para aqueles em situação de "risco pessoal e social".

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
CONDIÇÕES DE TRABALHO**

016

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf>

A pesquisa, de natureza qualitativa, teve como núcleo de interesse investigativo as representações e as significações que um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) possui acerca das vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho a que estão expostos, assim como as próprias manifestações deste sofrimento ao desempenharem suas ações relativas ao Programa de Saúde da Família (PSF). A entrevista semi-estruturada com um grupo de ACSs, explorou o significado de ser ACS e a percepção da organização do trabalho; a análise foi embasada no referencial teórico-metodológico da hermenêutica e nas teorias relacionadas à psicodinâmica do trabalho. Os achados mostram a existência de uma importante vulnerabilidade ao sofrimento, gerada principalmente pela idealização da própria prática e pela escassa perspectiva de rearranjo dos ingredientes constitutivos da organização do trabalho, já que este profissional depende de fatores alheios ao seu espectro de alcance, que inclui as limitações do modelo assistencial proposto pelo PSF.

**RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
SAÚDE MENTAL**

017

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; NOGUEIRA, Maria Emanuela Ferreira *et al.* **Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde.** *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a06v16n3.pdf>

A pesquisa sintetiza os resultados acerca de como se processam as estratégias

de gestão dos recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial, com foco em alguns aspectos da Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário aplicado aos trabalhadores de três Centros de Atenção Psicossocial. A amostra foi composta por 55 trabalhadores de saúde. Os dados foram analisados com o auxílio do software SPSS-versão 11.0. Os resultados indicam que persiste uma flexibilização das relações de trabalho, caracterizada pela diversificação de vínculos empregatícios e desproteção social, além de condições de trabalho desfavoráveis, referidas pelos informantes do estudo. Neste contexto, conclui-se que urge a elaboração e/ou implementação de políticas públicas voltadas para a gestão de recursos humanos na área de saúde mental, com vistas à reversão desse quadro.

SANEAMENTO POLÍTICAS PÚBLICAS

018

HELLER, Léo; CASTRO, José Esteban. **Política pública de saneamento: apontamentos teórico-conceituais.** *Engenharia Sanitária e Ambiental*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 284-295, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esa/v12n3/a06v12n3.pdf>

Há uma importante lacuna na literatura, sobre os conceitos centrais e as abordagens teóricas relativas à interface entre políticas públicas e a problemática do saneamento. Visando contribuir com o avanço do tema da formulação de políticas públicas para a área, com maiores efetividade e eficiência, o artigo desenvolve revisão da literatura relacionada. Entende-se que os elementos essenciais nesse enfoque são a necessidade de (i) integrar os aspectos técnicos com o processo de formulação e implementação de políticas públicas; (ii) incorporar na análise o papel dos condicionantes sistêmicos sobre tal processo. Atribui-se ênfase ainda à interdependência entre essas formulações e o contexto sócio-político-econômico em questão e ao conceito de que as políticas públicas devam ser formuladas e avaliadas considerando o saneamento como direito. São desenvolvidas duas frentes, em que se observa o potencial de contribuição dos conceitos das políticas públicas - a formulação de políticas e a avaliação de políticas. A conclusão assinala que o estudo das políticas públicas

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

de saneamento nos países em desenvolvimento deve priorizar um determinado número de questões e desafios, que são brevemente discutidos.

SAÚDE DA CRIANÇA AMÉRICA LATINA

019

BIRN, Anne-Emanuelle. **Saúde infantil na América Latina: perspectivas historiográficas e desafios.** *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 677-708, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/01.pdf>

Modelos de saúde e bem-estar infantis do passado na América Latina têm sido considerados como subprodutos defasados de experiências européias e norte-americanas. Com base em análise da historiografia recente, este artigo apresenta uma realidade mais complexa: o interesse pela criança e a saúde infantil na América Latina origina-se de um conjunto de condições domésticas e regionais. Com raízes em culturas pré-colombianas, foi relegado à esfera privada no período colonial, exceto quanto à custódia pública de jovens. A partir do século XIX, profissionais, reformadores e políticos de toda a região passaram a considerar a saúde infantil fundamental para a construção das sociedades modernas. As iniciativas que emergiram desde então guardam relação também com prioridades e programas internacionais, não por difusão unidirecional mas sim pela interação de idéias e especialistas. Apesar das abordagens pioneiras sobre direitos e saúde da criança na América Latina, o compromisso com o bem-estar infantil permanece irregular, e em muitos contextos cerceado por condições políticas.

SAÚDE DO IDOSO TRATAMENTO DOMICILIAR

020

PEREIRA, Esperança do Gago Alves; COSTA, Maria Arminda Mendes. **Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde.** *Texto & Contexto: Enfermagem, Florianópolis*, v. 16, n. 3, p. 408-416, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a05v16n3.pdf>

Estudo exploratório-descritivo, realizado num centro de saúde em Portugal, com o objectivo de analisar as práticas de cuidados de enfermagem a idosos não institucionalizados, elegendo a visitação domiciliária. Fizemos entrevistas abertas a três enfermeiras e observação participante dos cuidados prestados, identificando a interacção entre os vários actores deste processo: enfermeiros e idosos no domicílio, numa abordagem de análise de conteúdo. O enfermeiro deve desenvolver uma postura de ajuda e acompanhamento das pessoas, promovendo atitudes terapêuticas para potenciar os níveis saúde, prevenindo complicações para a saúde, maximizando o seu bem-estar, suplementando/complementando as actividades de vida relativamente às quais é dependente, desenvolvendo conjuntamente com o cliente processos de adaptação aos problemas de saúde contribuindo na maximização da eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Analisando este contexto identificamos algumas limitações na procura da excelência do exercício profissional

SAÚDE PÚBLICA

HISTÓRIA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

021

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. **As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária.** *História, Ciências, Saúde*: Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/10.pdf>

Múltiplos aspectos relacionados à formulação de políticas, à construção do conhecimento e à implementação das práticas no setor saúde interagem e têm como produto a maneira como se prestam os serviços de saúde em determinado contexto histórico. O surgimento e a consolidação da organização sanitária resultaram de um processo político cujo ideário buscava atender às necessidades segundo um contexto histórico. Analisa-se a trajetória histórica da organização da rede de atenção básica no país tomando-se como referência os seus princípios organizativos e assistenciais, sua expansão em termos físicos e sua função no sistema público de saúde, entre 1918 e 1942. Abordam-se os antecedentes e as iniciativas para se implantar no Rio de Janeiro e, posteriormente, no país um Sistema Distrital de Administração Sanitária, precursor da rede de serviços de atenção básica no Brasil.

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

SAÚDE PÚBLICA

MOVIMENTOS SOCIAIS

022

BAHIA, Ligia; COSTA, Nilson Rosario; STRALEN, Cornelis van. **A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1791-1818, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/04.pdf>

Este trabalho, com base na consulta a informações sobre as pautas de debate e trabalho e de instituições públicas e movimentos sociais selecionados, identifica subtemas prioritários e estratégias de ação que conformam a agenda da saúde. Detalham-se convergências e dissintonias entre as proposições, concepções e linhas de ação de distintos agentes, bem como contradições da dinâmica dos movimentos sociais e conselhos de saúde. As reflexões sobre as afinidades e lacunas das agendas investigadas, por um lado, sinalizam a consolidação e preponderância da saúde para o país; por outro, questionam as perspectivas de mudança dos padrões que estruturaram o sistema de saúde brasileiro. A partir dessas interrogações, são apresentados quatro desafios à implementação do SUS.

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

ADESÃO AO TRATAMENTO

023

MELCHIOR, Regina; NEMES, Maria Ines Battistella; ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas *et al.* **Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 87-93, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5954.pdf>

OBJETIVO: Analisar as dificuldades referentes à adesão ao tratamento de pacientes vivendo com HIV/Aids em terapia anti-retroviral altamente ativa. **MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa baseada em 34 entrevistas com pacientes em tratamento de diversos serviços ambulatoriais do estado de São Paulo em 1998-1999. O grupo compreendeu pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, sexo, tempo no tratamento e diferentes graus de adesão de acordo com

a percepção da equipe de saúde. As entrevistas foram focalizadas na narrativa do paciente sobre sua doença. A análise de conteúdo classificou as dificuldades relacionadas a fatores sociais e do estilo de vida, incluindo o estigma; a crenças acerca do uso da medicação; e diretamente ao uso da medicação. **RESULTADOS:** Todos os entrevistados relataram dificuldades relacionadas ao estigma de viver com HIV/Aids. As dificuldades relacionadas ao uso da medicação predominaram entre pacientes com melhor adesão. Pacientes com aderência média apresentaram os três tipos de dificuldade. **CONCLUSÕES:** Os fatores sociais e culturais são mais difíceis de serem superados para adesão ao tratamento do que aqueles relacionados a tomar a medicação, o que torna importante o papel desempenhado pelo setor saúde, apoiado por políticas públicas sociais claras. Essas dimensões devem ser enfrentadas não somente no setor saúde, mas também nos âmbitos político e social.

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DESEMPREGO

024

GARRIDO, Pedro B.; PAIVA, Vera; NASCIMENTO, Vanda L. V. do *et al.* **Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 72-79, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5944.pdf>

OBJETIVO: Analisar o efeito do processo de estigmatização e discriminação no ambiente de trabalho sobre os cuidados cotidianos à saúde e o bem-estar de homens vivendo com HIV/Aids. **MÉTODOS:** Estudo qualitativo com 17 homens vivendo com HIV, realizado em 2002. Foram estudados os depoimentos em grupo para discutir as dificuldades sobre discriminação no ambiente de trabalho, utilizando análise das práticas discursivas. O grupo, proveniente de centro especializado em HIV/Aids da cidade de São Paulo, representou segmento de pesquisa anterior. **RESULTADOS:** O debate entre os participantes indicou que o tratamento anti-retroviral exige idas frequentes aos serviços de assistência médica, que implicam em faltas ou atrasos no trabalho. A apresentação de atestados médicos para justificar ausência no trabalho, mesmo sem indicar Aids, pode resultar em demissão. Desempregados, muitos são barrados nos exames médicos e têm o direito ao sigilo de sua condição violado. Como último recurso, o pedido de aposentadoria implica em

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

cenar de humilhação ou discriminação na perícia médica. **CONCLUSÕES:** A assistência planejada com o envolvimento dos pacientes consegue ampliar a atenção psicossocial e considerar as necessidades do paciente trabalhador ou desempregado, reconhecendo que o estigma limita o cuidado, afetando a saúde mental e a evolução da infecção. Mitigar o efeito do estigma e da discriminação requer articulação política intersetorial e contribuirá para atingir metas globalmente reconhecidas como fundamentais para o controle da epidemia.

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS PREVENÇÃO

025

BENZAKEN, Adele Schwartz; GALBAN GARCIA, Enrique; SARDINHA, José Carlos Gomes et al. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 118-126, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s2/5959.pdf>

OBJETIVO: Descrever estudo de caso de intervenção de base comunitária, desenvolvido na perspectiva construcionista-emancipatória, para o controle das DST/Aids. **MÉTODOS:** Estudo descritivo desenvolvido no município de Manacapuru, Amazonas, de 1997-2004, sobre a utilização de procedimentos desenhados em colaboração com agentes governamentais, profissionais de saúde e comunidade. Foram levantados dados sobre a dinâmica da prostituição e a venda de preservativos na cidade, características comportamentais, avaliação do processo e da assistência às DST/Aids. Simultaneamente, estabeleceram-se ações de prevenção e assistência na rede pública de saúde às DST, centro de testagem, sistema de vigilância epidemiológica, e capacitação de trabalhadoras do sexo. **RESULTADOS:** Observou-se o fortalecimento das trabalhadoras do sexo como multiplicadoras e sua legitimação como cidadãs e agentes de saúde em projetos com travestis, homossexuais e escolares. Houve incremento da venda de preservativos na cidade, da utilização de preservativos entre trabalhadoras do sexo, redução das DST bacterianas e estabilização da ocorrência de infecção pelo HIV/Aids e sífilis congênita. A sustentabilidade do programa de intervenção estudado, organizado no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi estimulada pela pactuação política garan-

tindo sede e orçamento regulamentado em lei municipal, e pelo debate permanente dos resultados do processo e programa. **CONCLUSÕES:** O estudo fortaleceu a noção de que o controle efetivo das DST/Aids depende de uma abordagem sinérgica que combine intervenções no plano individual (biológica-comportamental), sociocultural e programático.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

026

DAIN, Sulamis. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1851-1864, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/08.pdf>

O artigo aborda o dilema subjacente ao financiamento da Saúde, entre a visão de longo prazo proposta pela Seguridade Social em 1988, e a visão de curto prazo, centrada nos sucessivos ajustes fiscais, que vem frustrando a expansão de recursos da Saúde no Brasil. No contexto da regulamentação da Emenda Constitucional 29, da renovação da CPMF e da DRU, e de uma próxima reforma tributária, são tratados aspectos do sistema tributário, das contribuições sociais, dos subsídios, incentivos e renúncia de arrecadação. Considera também aspectos político-institucionais das relações intergovernamentais e das relações entre o setor público e o setor privado, presentes ao financiamento da Saúde. O trabalho torna evidente a existência de espaço para ampliar o patamar de financiamento do SUS, de modo a superar os vazios sanitários, bem como as desigualdades de oferta de serviços no território. Sugere também a revisão das relações financeiras intergovernamentais e entre o setor público e o setor privado. Finalmente, apresenta aspectos virtuosos do gasto público e dos instrumentos de financiamento do setor para o desenvolvimento econômico e tecnológico do Brasil.

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
INSTITUCIONALIDADE**

027

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>

O trabalho analisa a problemática da "institucionalidade" do SUS, destacando alguns nós críticos a serem enfrentados para a retomada do projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A reflexão diz respeito à configuração institucional do SUS, abrangendo também aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial do sistema, parte da cultura organizacional do Estado brasileiro, patrimonialista, autoritário, burocrático e colonizado por interesses privados. Descreve um conjunto de problemas, como o "engessamento" da gestão, por conta das limitações legais estabelecidas em função da política econômica, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, a inadequação das "alternativas" subsidiárias das reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão, e o marcado amadorismo conseqüente à insuficiência de quadros profissionalizados, reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção em todos os níveis. São apresentados argumentos favoráveis à introdução e consolidação de inovações institucionais, a exemplo das fundações estatais de direito privado e discute-se estratégias de fortalecimento da capacidade de governo das instituições gestoras do SUS, em particular a profissionalização da gestão e a formação profissional nesta área.

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
MODELOS DE GESTÃO**

028

IBANEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1831-1840, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>

O recente documento do Ministério do Planejamento sobre Fundações Públicas (2005) e a crise da área hospitalar colocaram novamente na agenda do

SUS a questão dos modelos de gestão pública. O objetivo deste artigo é situar no contexto das reformas de estado pensadas na década de 90 para o Brasil, as propostas de mudança dos modelos de gestão da administração pública, com foco no processo de implementação do SUS. Essa abordagem trata em primeiro lugar da personalidade jurídica das organizações de saúde na esfera estatal, conceituando o público a partir de seus objetivos; em segundo, discute o contexto as reformas de estado e as mudanças propostas para a administração pública. Os autores entendem que critérios e parâmetros para avaliação institucional devem contemplar quatro aspectos: subordinação à política de saúde; legalidade; eficiência gerencial e capacidade de controle. A partir do quadro de referencia geral elaborou-se uma análise comparativa em relação à proposta das fundações públicas de direito privado. Na análise comparativa das características desse tipo de entidade proposta para gestão hospitalar, observam-se semelhanças com a proposta de Organizações Sociais. Fundação Estatal e Contrato de Gestão podem ser vistos como modelos que possibilitam modernizar o Estado, além de re-introduzirem o tema da reforma hospitalar na agenda governamental brasileira.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE POLÍTICA DE SAÚDE

029

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1865-1874, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>

Este ensaio analisa elementos da história do SUS, buscando compreender os efeitos de duas fortes tradições sobre o modo para organizar o cuidado em saúde: a liberal-privatista e a dos sistemas nacionais e públicos de saúde. Procura caracterizar também a atuação de alguns atores sociais, com destaque para o movimento sanitário.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS BRASILEIROS

030

BARRETO, Mauricio Lima; CARMO, Eduardo Hage. **Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1779-1790, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/03.pdf>

No século XX, o Brasil passou por intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade. Este estudo tem o objetivo de apresentar uma reflexão sobre os grandes problemas de saúde enfrentados pela população brasileira neste momento contemporâneo. Dentre as principais causas de óbito e internações estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Entretanto, as doenças infecciosas ainda se apresentam como problemas importantes de morbidade. A falta de solução para problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequados, a insuficiência dos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente ocasionam riscos à saúde que se superpõem, em vez de se sucederem. Essa superposição implica na manutenção de uma alta carga de morbidade e mortalidade na população que se mantém ao longo dos anos. A redução desta carga representa um desafio para a definição de políticas de saúde. Portanto, é importante enfatizar a necessidade de ações multisetoriais para a prevenção e controle das doenças e do sofrimento humano e para dar a cada indivíduo a garantia de atingir a sua plenitude física e mental. Estas ações devem integrar não só o setor saúde, como também políticas econômicas e sociais.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2008

OS 0242/2008

ISSN 1518-3858



9 771518 385002

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Legislação em Saúde
www.saude.gov.br/saudelegis



Ministério
da Saúde

