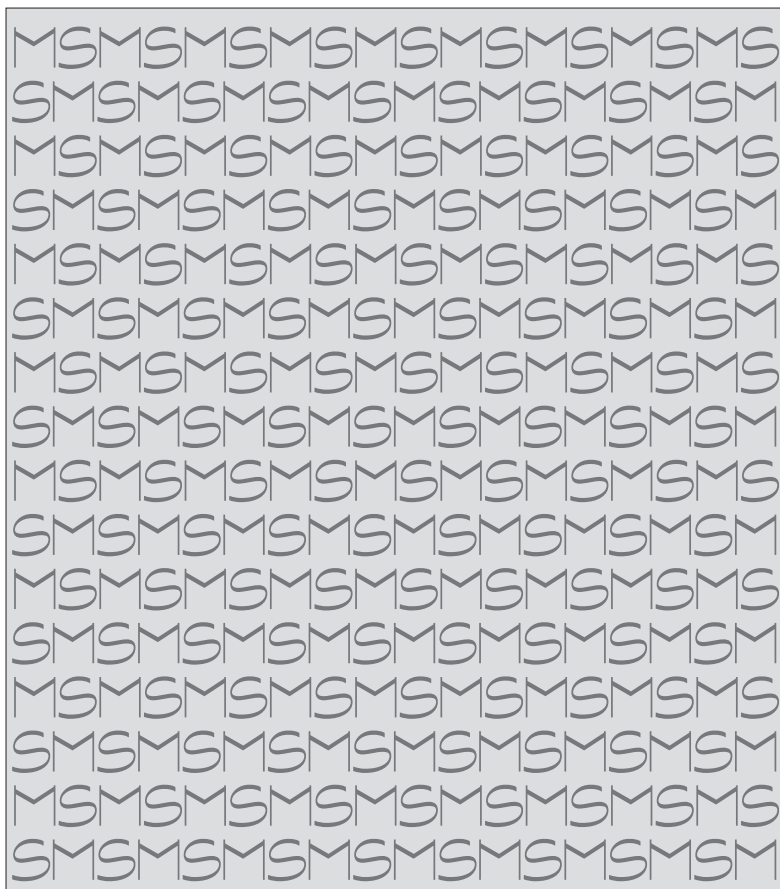


# **INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE**

VOLUME 29 – N.º 3, jul./set. 2009

ISSN 1518-3858



MINISTÉRIO DA SAÚDE

## **Informação para a Saúde**

Volume 29, n.º 3, jul./set. 2009

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. 29, n. 3, jul./set. 2009

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 0706/2009

## **SUMÁRIO**

Apresentação 5

Resumos/Bibliografias 6



*Informação para a Saúde* é um boletim trimestral dirigido a profissionais do setor Saúde e destinado à divulgação de artigos publicados em periódicos recém-incorporados ao acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, unidade vinculada à Coordenação-Geral de Documentação e Informação, da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Secretaria-Executiva. São divulgados, principalmente, artigos que tratam de planejamento e administração em saúde, prestação de serviços de saúde, epidemiologia, prevenção e controle das grandes endemias e doenças transmissíveis, aspectos sociais e econômicos da saúde, educação em saúde, saúde materno-infantil, saúde mental, ecologia humana, recursos humanos em saúde, medicina comunitária, qualidade dos serviços de saúde e outros temas relevantes.

### **Edições Estaduais**

A Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) incentiva as Secretarias Estaduais de Saúde e outros órgãos ligados à saúde pública a promover a publicação de boletins como o *Informação para a Saúde* em âmbito estadual.

Iniciativas como essa já foram tomadas em alguns estados, pois divulgam o acervo local e podem abordar temas de interesse específico, aumentando a difusão de informações ao mesmo tempo em que acrescentam qualidade aos dados divulgados.

Os órgãos de outros estados que desejarem promover a publicação de seus boletins poderão entrar em contato com a CGDI.

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
TUBERCULOSE  
DIAGNÓSTICO**

061

SCATENA, Lúcia Marina et al. **Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 389-397, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/248.pdf>

**OBJETIVO:** Avaliar as dificuldades de acesso para diagnóstico da tuberculose nos serviços de saúde no Brasil. **MÉTODOS:** Estudo realizado em 2007 com pacientes com tuberculose, atendidos na rede de atenção básica nos municípios de Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ), Campina Grande (PB) e Feira de Santana (BA). Utilizou-se o instrumento "Primary Care Assessment Tool," adaptado para atenção à tuberculose. O diagnóstico de tuberculose nos serviços foi avaliado por meio da análise fatorial de correspondência múltipla. **RESULTADOS:** O acesso ao diagnóstico foi representado pelas dimensões "locomoção ao serviço de saúde" e "serviço de atendimento" no plano fatorial. Os pacientes dos municípios Ribeirão Preto e Itaboraí foram associados às condições mais favoráveis à dimensão "locomoção" e os de Campina Grande e Feira de Santana as menos favoráveis. Ribeirão Preto apresentou condições mais favoráveis para a dimensão "serviço de atendimento" seguido dos municípios Itaboraí, Feira de Santana e Campina Grande. São José do Rio Preto apresentou condições menos favoráveis que os outros municípios para as dimensões "locomoção" e "serviço de atendimento". **CONCLUSÕES:** A análise fatorial permitiu visualizar conjuntamente as características organizacionais dos serviços de atenção à tuberculose. A descentralização das ações para o programa de saúde da família e ambulatório parece não apresentar desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico de tuberculose, pois a forma de organização dos serviços não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da doença.

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
INTEGRALIDADE**

062

GIOVANELLA, Ligia et al. **Saúde da família:** limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>

O artigo analisa a implementação da Estratégia Saúde da Família (SF) e discute suas potencialidades em orientar a organização do SUS no Brasil, a partir da análise da integração da SF à rede assistencial e atuação intersetorial, aspectos cruciais de uma atenção primária abrangente. Foram realizados quatro estudos de caso de municípios com elevada cobertura por SF (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória) tendo como fontes: entrevistas semi-estruturadas com gestores e inquéritos com profissionais de saúde e de famílias cadastradas. A análise da integração destacou a posição da Estratégia SF na rede assistencial, os mecanismos de integração e a disponibilidade de informações para continuidade da atenção. A intersetorialidade foi pesquisada quanto aos campos de atuação, abrangência, setores envolvidos, presença de colegiados, e iniciativas das equipes. Os resultados apontam avanços na integração da SF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada. As iniciativas intersetoriais foram mais abrangentes quando definidas como política integrada do governo municipal para a construção de interfaces e cooperação entre os diversos setores.

**CÂNCER DE MAMA  
AMÉRICA LATINA  
TENDÊNCIAS**

063

LOZANO-ASCENCIO, Rafael et al. **Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe.** *Salud Pública de México*, México, v. 51, supl. 2, p. s147-s156, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v51s2/v51s2a04.pdf>

RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

**OBJETIVO:** Describir la magnitud y distribución espaciotemporal del cáncer de mama (CaMa) en América Latina y el Caribe (LAC) de 1979 a 2005. El CaMa destaca como la causa de muerte más importante por tumores malignos en las mujeres latinoamericanas, incluso por arriba del cáncer cervicouterino. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión y organización de las estadísticas nacionales e internacionales (registros, estudios publicados y bases de datos) sobre incidencia y mortalidad. Elaboración de estimadores básicos, razones de mortalidad para cada país y análisis de tendencias. **RESULTADOS:** Aun con el rezago de información presente en la región, se observa un incremento de la incidencia y la mortalidad por CaMa. La razón de muertes/casos en los países de LAC muestra problemas de acceso a la detección y tratamiento. **CONCLUSIONES:** El reto es mejorar los sistemas de información y la infraestructura diagnóstica para la detección oportuna y el tratamiento adecuado con la finalidad de detener la tendencia ascendente de la mortalidad prematura.

**DENGUE**

**PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE**

064

FERREIRA, Beatriz Jansen; SOUZA, Maria de Fátima Marinho; SOARES FILHO, Adauto Martins; CARVALHO, André Anderson. **Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 961-972, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/32.pdf>

Avaliou-se a dengue mundial e nacionalmente, através de uma análise epidemiológica quanto à distribuição e formas. Avaliou-se o Programa Nacional de Controle à Dengue (PNCD) quanto a sua implantação através do estudo do Diagdengue. Foi feita uma análise fatorial através de um conjunto de indicadores contributivos para a variabilidade. Somou-se os escores dos indicadores e a classificação dos municípios prioritários para o PNCD, para a construção de um índice, apresentando-o por estado e por trimestre, com intervalos distribuídos num intervalo de 0 a 9. A implantação do PNCD se dá de forma irregular, prevalecendo municípios com implantação ruim na região Norte e Nordeste. Na segunda análise, agregou-se a variáveis socioeconômicas dos municípios selecionados. Para os testes de associação, agrupou-se em duas classes: "ruim" e "bom/muito bom". Considerou-se a associação entre o



índice de infestação predial informados no banco de dados do FAD e o índice construído. Foram usados para a verificação de associação testes de análise variância, teste de tendência e estimativa de razões de chance. Observou-se que municípios com baixo analfabetismo, alta coleta de lixo, alta proporção de instalações sanitárias estão correlacionados com uma boa classificação do município em relação ao Diagdengue.

## DEPRESSÃO

### DIRETRIZES

065

FLECK, Marcelo P. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral)**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, suppl. 1, p. S7-S17, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf>

**OBJETIVO:** A depressão é uma condição freqüente, em geral recorrente e de curso crônico, associada com níveis altos de incapacitação funcional. A Associação Médica Brasileira, por meio do projeto "Diretrizes", buscou desenvolver guias para diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns. O objetivo deste trabalho é o de atualizar as Diretrizes desenvolvidas em 2003, incorporando novas evidências e recomendações. **MÉTODO:** A metodologia utilizada foi a proposta pela Associação Médica Brasileira para o projeto Diretrizes. Assim, o trabalho foi baseado em diretrizes desenvolvidas em outros países aliadas a artigos de revisão sistemáticos, ensaios clínicos randomizados e, na ausência destes, estudos observacionais e recomendações de grupo de experts. A atualização foi realizada a partir de novas diretrizes internacionais publicadas a partir de 2003. **RESULTADOS:** São apresentados dados referentes a prevalência, demografia, incapacitação, diagnóstico e subdiagnóstico de depressão. Em relação ao tratamento, são mostrados dados sobre a eficácia do tratamento medicamentoso e psicoterápico das depressões, além do perfil de custos e de efeitos colaterais das diferentes classes de medicamentos disponíveis no Brasil, além do planejamento das diferentes fases do tratamento. **CONCLUSÃO:** As diretrizes têm como objetivo servir de orientação para a tomada de decisões clínicas baseada nas evidências científicas da literatura disponível.

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL  
ANTROPOMETRIA  
RISCO DE DOENÇAS**

066

PAIS, Alejandro Bernardo; CARRERA, Elena Fernandez de. **Necessidades básicas insatisfeitas, desnutrição infantil e risco de doenças na vida.** *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 127-132, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/02.pdf>

**OBJETIVO:** Analisar o estado nutricional de crianças e adolescentes habitantes de uma região com necessidades básicas inadequadamente atendidas a fim de detectar alterações de nutrição e crescimento que possam se tornar fatores de risco para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares na idade adulta. **MÉTODOS:** Estudo descritivo do tipo transversal, incluindo 136 crianças e adolescentes, entre cinco e 15 anos de idade, pertencentes a duas regiões da Cidade de Santa Fé, Argentina. Foram coletados dados socioeconômicos (escolaridade, causas de absenteísmo escolar e tipo de alimentação), dados clínicos (pressão arterial), dados antropométricos (peso, altura e índice de massa corpórea) e dados laboratoriais (hemograma e perfil lipídico). Os dados foram analisados por meio do teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher. Utilizou-se a regressão logística para determinar um modelo preditor de hipertensão arterial. **RESULTADOS:** A idade média do grupo estudado foi de  $10 \pm 2,6$  anos, sendo 49% do sexo feminino. Observou-se 22% da amostra com algum tipo de desnutrição, 11% com sobrepeso ou obesidade, 20% com hipertensão arterial e 49% com alguma alteração no perfil lipídico. Pelo modelo de regressão logística, o sexo feminino (OR=3,64; IC95%=1,13- 11,73) e a relação LDL/HDL alterada (OR=2,57; IC95%=1,00-6,62) aumentaram o risco de hipertensão arterial. **CONCLUSÕES:** Alterações nutricionais na infância e adolescência podem aumentar o risco de doenças cardiovasculares já nessas faixas etárias e também na vida adulta, principalmente diante da presença de fatores de risco como alteração no perfil lipídico e obesidade, além do sexo feminino.

**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

067

BELDA JUNIOR, Walter; SHIRATSU, Ricardo; PINTO, Valdir. **Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis.** *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 151-159, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n2/v84n2a08.pdf>

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Entre suas conseqüências estão a infertilidade feminina e masculina, a transmissão de mãe para filho, determinando perdas gestacionais ou doença congênita, e o aumento do risco para a infecção pelo HIV. Dessa forma, este guideline tem o objetivo de contribuir para melhorar a qualidade de atenção às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis mais freqüentes no Brasil, trazendo de forma didática e concreta o estado atual dos conhecimentos para os dermatologistas e médicos em geral que atuam no atendimento dessas pessoas e as principais recomendações para o diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis mais recorrentes.

**EDUCAÇÃO MÉDICA  
AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS**

068

STELLA, Regina Celes de Rosa et al. **Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, suppl. 1, p. 63-69, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a07v33s1.pdf>

O trabalho apresenta e analisa resultados provenientes da auto-avaliação a que se submeteram 28 escolas médicas brasileiras (EMBs) participantes do Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), relativo ao eixo Cenários da Prática, um dos cinco eixos relevantes na formação do médico. Este eixo é composto de três vetores: locais de exercício da prática médica utilizados pela escola; prática proporcionada aos discentes com orientação docente; e oportunidades oferecidas aos estudantes para vivenciar as demandas espontâneas de atendimento em saúde - âmbito da prática. Em relação ao vetor Local de

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

Prática, três quartos das escolas se colocam como predominantemente utilizando unidades do sistema de saúde voltadas à atenção primária, secundária e terciária, outro quarto se percebe utilizando predominantemente o hospital secundário e os serviços ambulatoriais da própria instituição. Quanto à Participação Discente, três quartos afirmam proporcionar ao estudante ampla participação, com orientação e supervisão docente nos diversos cenários de prática; as demais proporcionam aos discentes atividades selecionadas e parcialmente supervisionadas. No vetor que trata o Âmbito da Prática, um quarto das escolas se limita a oferecer práticas ligadas aos departamentos e especialidades/disciplinas; um terço oferece práticas que cobrem vários programas de forma estanque; e quase a metade das escolas (43%) oferece prática ao longo de todo o curso utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral. Nem sempre as justificativas e evidências corresponderam às situações de inovação ou transformação percebidas pelas escolas.

### EDUCAÇÃO MÉDICA CURRÍCULO DE MEDICINA

069

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. **Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, suppl. 1, p. 19-34, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a03v33s1.pdf>

Realizado com um grupo de 28 escolas médicas brasileiras, este estudo mostra as tendências de mudanças para atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Faz parte do primeiro momento do projeto de avaliação de tendências de mudanças nos cursos de graduação das escolas médicas brasileiras, da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (Caem/Abem). As escolas responderam ao instrumento de pesquisa oferecido para sua auto-avaliação segundo a metodologia proposta, com resultados que mostram a percepção do curso como um todo na inter-relação de cinco eixos: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente. A maioria das escolas deste grupo (75%), na percepção de seus atores sociais, apresenta tipologia avançada e inovadora com tendência avançada para as transformações preconizadas no setor saúde. O eixo Desenvolvimento Docente mostra avanços

menores em relação aos demais, o que sinaliza, neste momento do processo, um descompasso na dinâmica das ações para consolidar as mudanças. Demonstra a necessidade de aprofundar o estudo com o desenvolvimento dos processos avaliativos, que requer a construção de indicadores qualitativos e quantitativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento e a efetivação das mudanças.

## ÉTICA MÉDICA BIOÉTICA CÉLULAS-TRONCO

070

OLIVEIRA JUNIOR, Eudes Q. **A ética médica, a bioética e os procedimentos com células-tronco hematopoéticas.** *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São Paulo, v. 31, suppl. 1, p. 157-164, maio 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31s1/aop4009.pdf>

A terapia celular vem ganhando cada vez mais espaço nos procedimentos médicos e com resultados satisfatórios, cumprindo, desta forma, com eficiência, a missão confiada aos especialistas em hematologia. Os preceitos morais, aliados às condutas éticas profissionais, cobram novas posturas. A evolução da biotecnologia e da biotecnociência carrega uma dose considerável do saber humano, mas exige, em contrapartida, um desenvolvimento e aperfeiçoamento do pensamento ético, que reúne a aprovação social, na leitura bioética. Mais do que nunca, a conduta médica fica atrelada a uma análise e consideração do paciente ou seu responsável. O objetivo do presente trabalho é justamente buscar as raízes determinantes da ética, desde seu nascedouro, sua transformação no pensamento filosófico, sua adequação no campo profissional, com amaterialização do Código de Ética Médica e o rompimento da nova ciência da vida, batizada por bioética. O entrelaçamento da ética-bioética nas condutas médicas da importante área da hematologia traça um horizonte benéfico, buscando prestigiar a humanidade, preservando sua vocação saudável e, principalmente, sua dignidade. Trata-se, na realidade, de um esforço para reascender princípios éticos pouco valorizados, redimensioná-los no Código de Ética Médica, estatuto que merece uma releitura, e abrir espaço para o pensamento bioético. A bioética surge como ciência de mão dupla, pois envolve o médico, o pesquisador, o paciente e o voluntário. Os objetivos da intervenção médica deverão ser explicitados, discutidos e aprovados

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

pelos interessados. O médico hematologista terá que se avistar com seu paciente, exhibir-lhe o quadro clínico, apontar as opções de intervenção e aguardar o seu "placet". Principalmente em área de evolução constante, em razão de uma série infundável de pesquisas desenvolvidas na área da terapia celular. A proposta, portanto, resumidamente, visa encantar o profissional no campo seguro da ética e do pensamento bioético. O comprometimento médico assume uma postura social direcionada para a melhor realização do ser humano, ofertando a ele não só o tratamento adequado, mas contando com sua colaboração para atingir os resultados pretendidos. Uma verdadeira simbiose, que busca a concretização do princípio da dignidade humana.

### FINANCIAMENTO DO SUS SEGURIDADE SOCIAL

071

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>

O artigo reconstitui o processo de institucionalização do financiamento do SUS, prejudicado, em primeira instância, pelas condições da política macroeconômica desenvolvida ao longo dos anos 1990 e 2000, e, em última instância, pelos efeitos provocados pela atual fase do capitalismo financeiro. Identificam-se, também, a partir do quadro econômico e político, as tensões existentes com a área econômica do governo federal, destacando as condicionais impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social.

### HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO CUIDADOS DE ENFERMAGEM

072

CORBANI, Nilza Maria de Souza; BRETAS, Ana Cristina Passarela; MATHÉUS, Maria Clara Cassuli. **Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-354, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>

Este estudo objetivou conhecer o significado que profissionais da enfermagem atribuem ao termo "humanização" e verificar como o empregam no desenvolvimento de suas atividades. A pesquisa é de natureza qualitativa, realizada por meio do método da história oral temática. Fizeram parte do estudo sete profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte em São Paulo. Pela análise e compreensão dos significados nos discursos foi possível identificar que a expressão "cuidado humanizado" tem sido uma tradução para desumanização, tanto do profissional da enfermagem para com o cliente, como da instituição para com o profissional. Identificou-se também que esse termo tem sido usado sem a compreensão plena de seu significado.

## **PARTICIPAÇÃO SOCIAL** **CONSELHOS DE SAÚDE** **SUS**

073

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf>

Em dezessete anos, os Conselhos de Saúde foram criados nos 5.564 municípios do país, arrematando cerca de 72.000 conselheiros. Autores afirmam que a institucionalização dos Conselhos é importante para a democratização da política municipal de saúde, pois amplia os atores que participam de seu processo decisório. Constatam, porém, que isto é insuficiente para tornar tal processo efetivamente democratizado. Este cenário é investigado por meio de inédita pesquisa censitária sobre o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Para compreendê-lo, utilizam-se três dimensões analíticas (autonomia, organização e acesso) compostas por dezoito variáveis. A análise dos resultados mostra que os CMS têm problemas com autonomia e bom desempenho no acesso. A distribuição por portes populacionais revela que os melhores resultados são os dos CMS de cidades com mais de 250.000 habitantes, e os piores, de população inferior a 50.000. Os problemas identificados são reações à institucionalização dos CMS. Estas proveem de governantes que consideram as atribuições e o caráter deliberativo dos CMS, ameaças a seus interesses. Ocorrem por seu baixo custo, pois as

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

regras do processo decisório não as desestimulam. Busca-se, aqui, compreender reações e regras, apresentando-se propostas de superação de problemas.

#### **PNEUMONIA** **GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA**

074

CORREA, Ricardo de Amorim et al. **Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes - 2009.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Brasília, v. 35, n. 6, p. 574-601, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n6/v35n6a11.pdf>

A pneumonia adquirida na comunidade mantém-se como a doença infecciosa aguda de maior impacto médico-social quanto à morbidade e a custos relacionados ao tratamento. Os grupos etários mais suscetíveis de complicações graves situam-se entre os extremos de idade, fato que tem justificado a adoção de medidas de prevenção dirigidas a esses estratos populacionais. Apesar do avanço no conhecimento no campo da etiologia e da fisiopatologia, assim como no aperfeiçoamento dos métodos propedêuticos e terapêuticos, inúmeros pontos merecem ainda investigação adicional. Isto se deve à diversidade clínica, social, demográfica e estrutural, que são tópicos que não podem ser previstos em sua totalidade. Dessa forma, a publicação de diretrizes visa agrupar de maneira sistematizada o conhecimento atualizado e propor sua aplicação racional na prática médica. Não se trata, portanto, de uma regra rígida a ser seguida, mas, antes, de uma ferramenta para ser utilizada de forma crítica, tendo em vista a variabilidade da resposta biológica e do ser humano, no seu contexto individual e social. Esta diretriz constitui o resultado de uma discussão ampla entre os membros do Conselho Científico e da Comissão de Infecções Respiratórias da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. O grupo de trabalho propôs-se a apresentar tópicos considerados relevantes, visando a uma atualização da diretriz anterior. Evitou-se, tanto quanto possível, uma repetição dos conceitos considerados consensuais. O objetivo principal do documento é a apresentação organizada dos avanços proporcionados pela literatura recente e, desta forma, contribuir para a melhora da assistência ao paciente adulto imunocompetente portador de pneumonia adquirida na comunidade.



**POLÍTICA DE SAÚDE  
DIREITO À SAÚDE  
PODERES**

075

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>

A Constituição Federal de 1988 inaugurou um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado Democrático e definir uma política de proteção social abrangente, incluindo a saúde como direito social de cidadania. Desde sua promulgação, um conjunto expressivo de leis, portarias ministeriais e ações de âmbito administrativo buscaram viabilizar o projeto político desenhado na Constituição. Por outro lado, no mesmo período, cresce o número de mandatos judiciais com demandas relativas ao direito à saúde. Tal movimento tem revelado inconsistências e contradições no âmbito legal e normativo do SUS, bem como problemas não equacionados pela política de saúde, questionando a atuação do Executivo e criando novas demandas por legislação. O artigo discute o papel do Estado na saúde a partir de 1990, considerando a atuação dos Poderes. Discutem-se as perspectivas da garantia do direito à saúde frente ao projeto de construção de um Estado democrático e orientado para o bem-estar social, em face dos desafios relativos aos mecanismos de coordenação e de equilíbrio entre Poderes na saúde.

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA  
ENFERMAGEM**

076

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/14.pdf>

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

O estudo tem como objetivos identificar e analisar as principais práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família. Trata-se de um estudo de caso da Unidade do Programa Família Saudável de São Sebastião, DF, cujos dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada com trabalhadores de uma equipe básica e observação do processo de trabalho. Conclui-se que são desenvolvidas diversas práticas fundamentais, mas outras voltadas para a promoção da saúde da comunidade são necessárias para o alcance do modelo de atenção.

#### **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA PRÁTICAS INOVADORAS**

077

UCHOA, Alice da Costa. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 299-311, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a05.pdf>

Atualmente, o PSF convive com práticas do modelo biomédico e outras marcadoras de mudança. Este artigo aborda experiências inovadoras de cuidado baseada em pesquisa realizada em Natal no período de 2005 a 2007. Teve como objetivo compreender os sentidos da integralidade, discutir o papel da criatividade e sensibilidade dos profissionais e analisar as possibilidades de institucionalização e sustentabilidade. Utilizou análise documental; entrevista semi-estruturada com os protagonistas, observação das unidades e experiências. Dentre as concepções de integralidade encontradas destacam-se: promoção da saúde como mudança do estilo de vida; aproximações dialógicas entre saber científico e popular; fortalecimento da participação popular, auto-cuidado. Houve reconhecimento social expressos em ganho de prêmios, publicações e peças teatrais. Nenhum dos projetos contava com financiamento. Conclui-se que as experiências têm uma vocação para promoção e cuidado, mas ainda não têm sustentabilidade financeira e política.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE  
INTERSETORIALIDADE**

078

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. **Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/21.pdf>

O objetivo deste artigo é contribuir para a avaliação das iniciativas voltadas para a construção de arranjos intersetoriais no âmbito das políticas públicas de saúde e de proteção social. São tomados como focos analíticos a iniciativa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Mangueiras (DLIS-Mangueiras) - uma proposta de base territorial e comunitária associada à estratégias de colaboração e negociação bottom up- e a experiência de implementação do programa federal de transferência condicionada de renda Bolsa Família (PBF). Nesta perspectiva, aspectos ligados às redes de mobilização social, perfil dos atores envolvidos, tipos de incentivos e níveis de integração institucional são tratados como elementos cruciais para a análise do alcance de programas e iniciativas que articulam propostas intersetoriais. Conclui-se que a interface e o diálogo entre pesquisa, avaliação e acompanhamento de processos decisórios constituem eixos centrais para o maior aprendizado social e institucional na área.

**REFORMA SANITÁRIA  
SUS**

079

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>

O artigo apresenta a trajetória das políticas sociais no Brasil e identifica, em cada etapa, o modelo de proteção social vigente. Afirma que a Constituição Federal de 1988, ao introduzir o conceito de Seguridade Social e criar o Sistema Único de Saúde, representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu. A subordinação dos princípios de justiça e inclusão social, que orientaram o desenho desse novo padrão de proteção social, a uma política

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

liberal e monetarista, tiveram importantes impactos na fase de implementação das políticas sociais. No entanto, os dilemas que atravessam tais políticas e, em particular, a construção do sistema único de saúde devem ser analisadas sob uma perspectiva teórica que compreende as convergências e divergências entre os três movimentos que caracterizaram a Reforma Sanitária brasileira, quais são: a subjetivação, a institucionalização e a institucionalização.

### SAÚDE BUCAL

#### AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

080

FRAZAO, Paulo; MARQUES, Débora. **Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 463-471, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/85.pdf>

**OBJETIVO:** Avaliar mudanças em conhecimentos, atitudes e acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde. **MÉTODOS:** Um projeto de capacitação combinando ensino-aprendizagem, apoio e supervisão, foi desenvolvido entre os meses de julho de 2003 a agosto de 2004. As mudanças foram avaliadas por meio de entrevistas estruturadas em que participaram 36 agentes comunitários de saúde e uma amostra de 91 mulheres e mães, representativa de donas de casa com 25 a 39 anos de idade, alfabetizadas e residentes em domicílios de três a seis cômodos no município de Rio Grande da Serra (SP). Foram colhidos dados sobre conhecimentos de saúde-doença bucal, práticas e capacidades auto-referidas em relação ao auto-exame, higiene bucal, número de residentes e de escovas dentais individuais e coletivas em cada domicílio e acesso e uso de serviços odontológicos. Por meio do teste t de Student pareado, foram comparadas as médias dos valores obtidos antes e depois do programa para cada um dos grupos estudados. As respostas foram analisadas adotando-se um nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Foram observadas diferenças estatisticamente significativas para questões relativas ao conhecimento de saúde bucal entre os agentes e entre as mulheres antes e depois da capacitação ( $p < 0,05$ ). Desequilíbrio entre o número de escovas e de indivíduos em cada família diminuiu. A frequência da escovação e do uso do fio dental se elevou depois da atuação dos agentes. Os valores de auto-avaliação da higiene bucal aumentaram. Modificação nas práticas e ca-

pacidades auto-referidas mostrou significativa elevação da auto-confiança. O acesso ao serviço foi mais fácil ( $p < 0,000$ ) e seu uso mais regular ( $p < 0,000$ ) entre mulheres. **CONCLUSÕES:** Houve mudanças positivas na percepção em relação a aspectos de saúde bucal, na auto-confiança e no acesso e uso de serviços odontológicos. Tais mudanças podem ser um importante indicativo do papel dos agentes comunitários de saúde na promoção de saúde bucal.

## SAÚDE MATERNA

### ASSISTÊNCIA AO PARTO

081

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; GUALDA, Dulce Maria Rosa. **O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrizes para assistência ao parto.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, abr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_20.pdf)

Os autores fazem uma breve análise da situação do cuidado a saúde materna no Brasil, e com base nesses dados, apontam as transformações no modelo de assistência à mulher e às famílias e propõem algumas medidas, as quais inclui a inserção do trabalho da enfermeira obstétrica ou obstetriz no contexto atual. Comentam que a tendência atual do processo de nascimento pressupõe a incorporação do paradigma que favorece a fisiologia e a valorização da experiência feminina, a abordagem centrada na família, com ênfase na prevenção, educação e relacionamento interpessoal, sem deixar de lado a segurança. Consideram que o modelo de cuidado à saúde, que inclui o trabalho da obstetriz, pode melhorar os indicadores de saúde materna.

## SAÚDE DO TRABALHADOR

### PESSOAL DE SAÚDE

082

REINHARDT, Érica Lui; FISCHER, Frida Marina. **Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 25, n. 5, p. 411-417, maio 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n5/05.pdf>

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

**OBJETIVO:** Identificar na literatura situações que possam impedir ou prejudicar as ações de prevenção de acidentes e doenças ou de promoção da saúde de trabalhadores do setor saúde. **MÉTODO:** Foi realizada uma revisão da literatura utilizando a base SciELO para o período de 1967 a 2008, complementada por busca na base PubMed para o período de 1950 a 2008. Os seguintes termos foram utilizados para identificar artigos em português, inglês e espanhol: trabalho, trabalhador, ocupacional, riscos, doenças, ergonomia, capacidade para o trabalho, qualidade de vida, organização, acidentes, condições de trabalho, intervenção e administração. Foram selecionados artigos sobre prevenção de doenças e acidentes e sobre promoção da saúde no trabalho em serviços de saúde latino-americanos. Também foram selecionados artigos sobre intervenções em ambientes de trabalho no setor saúde. **RESULTADOS:** Foram identificadas as seguintes situações desfavoráveis: programas de intervenção sem boa base teórica e não integrados à gestão do serviço como um todo; falhas em avaliar a eficácia das intervenções; vigilância da saúde restrita a doenças e agravos específicos; falta de compromisso da gestão com as intervenções; falhas na comunicação; falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho; e programas e intervenções baseados exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores. **CONCLUSÕES:** A literatura mostra que todas as barreiras citadas afetam tanto a melhoria do estado de saúde dos trabalhadores em saúde quanto a sua capacidade para o trabalho.

### SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO SUS

083

BAHIA, Lígia. **O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos:** universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 753-762, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/11.pdf>

As recentes mudanças nas relações entre o público e o privado na rede assistencial são enfocadas com base na análise de informações selecionadas sobre serviços de saúde e normas legais relacionadas com o suporte ao subsistema assistencial privado. Essa abordagem retoma as análises que articulam o exame simultâneo das bases materiais e políticas que redefinem permanentemente o âmbito de atuação do SUS. Considerando os limites de abrangência das

bases empíricas analisadas, questiona-se os pressupostos subjacentes as aceções de autonomia dos componentes público e privado, a partir das hipóteses sobre o delineamento de tendências interdependentes de expansão de coberturas universais e reestratificação da oferta e demanda.

### **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ATENÇÃO HOSPITALAR**

084

RIBEIRO, José Mendes. **Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/13.pdf>

Analisamos o sistema de saúde brasileiro em perspectiva comparada. A migração de clientela de renda média para operadoras pré-pagas privadas aproxima o caso brasileiro do norte-americano. A produção de serviços hospitalares no SUS demonstra importante redução da oferta agravada pelo crescimento demográfico e por expectativas definidas por disposições constitucionais. A redução é seletiva e concentrada em serviços obstétricos e de clínica médica e nos serviços privados lucrativos. Para se garantir acesso equitativo é necessário: ampliação de gastos públicos; redução dos gastos por desembolso direto; reformas organizacionais; ampliação da capacidade de governo.

### **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DESCENTRALIZAÇÃO RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS EM SAÚDE**

085

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>

O artigo aborda as relações intergovernamentais em saúde nos vinte anos de implantação do Sistema Único de Saúde, à luz da trajetória histórica do federalismo brasileiro e de suas implicações para a saúde. Inicialmente faz uma

### RESUMOS/BIBLIOGRAFIAS

revisão teórico-conceitual dos temas federalismo, proteção social e coordenação federativa na saúde, considerando o debate internacional e a análise histórica do caso brasileiro. A seguir, analisa a atuação federal na coordenação intergovernamental da política nacional de saúde no período de implantação do SUS, a partir de uma pesquisa acerca do papel do Ministério da Saúde brasileiro de 1990 a 2002, que envolveu análise documental e realização de entrevistas com dirigentes federais e outros atores da política nacional. Observou-se que a política de saúde registrou nos últimos vinte anos mudanças em cinco atributos relevantes para a caracterização do federalismo: os arranjos institucionais e regras para decisões no governo federal; o conjunto de atores com base territorial; os arranjos jurídico-legais para definir responsabilidades entre níveis de governo; os arranjos fiscais intergovernamentais; os arranjos informais entre governos, verticais e horizontais.

### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DIREITOS DO PACIENTE

086

BACKES, Dirce Stein et al. **O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde?** Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/26.pdf>

O presente estudo é fruto de um projeto ampliado de pesquisa-ação que tem por objetivo apresentar e discutir as opiniões, percepções e/ou experiências de um grupo de usuários do SUS sobre a cartilha dos direitos dos usuários. Os encontros foram realizados semanalmente e, posteriormente, a coleta seguiu-se com os procedimentos de análise dos dados das pesquisas qualitativas, até alcançar as unidades temáticas. Os resultados demonstram que não basta garantir o acesso ao sistema público de saúde. É preciso criar uma consciência política para que os usuários não se tornem meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais. É preciso que todos os atores sociais estejam engajados e comprometidos, por meio de seus direitos e deveres, na luta pela transformação da sociedade.



**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
REGIONALIZAÇÃO  
DIABETES MELLITUS  
HIPERTENSÃO**

087

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-171, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n2/06.pdf>

**OBJETIVO:** Analisar indicadores de estrutura, processo e de resultados da atenção à saúde do adulto, especificamente de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), à luz da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **MÉTODOS:** As análises foram realizadas para cinco Regionais de Saúde. Foram analisados os indicadores de estrutura (Índice de Desenvolvimento Humano, índices de hospitais, de leitos de UTI, de ambulatórios, de recursos humanos e tipo de gestão), de processo (cobertura de Estratégia Saúde da Família [ESF], cobertura de consultas básicas e especializadas, índice de invasão/evasão e esforço gestor) e de resultado (% de mortalidade precoce por Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca e por complicações de DM). **RESULTADOS:** A Regional de Mogi das Cruzes apresentou os valores mais elevados das taxas de mortalidade para os quatro eventos estudados e também quanto à proporção de mortalidade precoce. Em relação a este último indicador, a Regional de Rio Preto apresentou o menor valor entre as Regionais de Saúde estudadas, o que poderia estar relacionado com a adequação da oferta de serviços, maior cobertura da ESF e de consultas básicas e especializadas, além de iniciativas para o fortalecimento de mecanismos formais de pactuação regional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A integralidade da atenção nesta linha de cuidado parece depender de um desenho tecnicamente adequado para a efetividade do referenciamento dos serviços e de práticas adequadas de gestão e de cuidado.

#### **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GESTÃO DE SAÚDE ENFERMAGEM**

088

BENITO, Gladys Amélia Veles; LICHESKI, Ana Paula. **Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 447-450, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>

O artigo apresenta alguns aspectos sobre a relevância dos sistemas de informação como ferramenta de apoio à gestão do trabalho dos profissionais de saúde, uma vez que é um recurso computacional capaz de potencializar a busca de conhecimento. Sabe-se que os sistemas de informação disponibilizam de forma rápida, fácil e segura as informações, permitindo que os profissionais da saúde busquem conhecimentos e se tornem capacitados, criativos e competentes para atuar com a complexidade do trabalho em saúde dentro do sistema de saúde brasileiro visando consolidar a política do SUS. Reflete-se sobre o que seja a gestão do trabalho em saúde e como os sistemas de informação vêm contribuir para o fortalecimento de ações e processos de saúde nesta área.

#### **VIOLÊNCIA SAÚDE MENTAL CRIANÇA**

089

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; PESCE, Renata Pires; XIMENES, Liana Furtado. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a02v14n2.pdf>

Este artigo reflete sobre as violências cometidas contra crianças e adolescentes brasileiros e suas repercussões sobre a saúde mental, propondo um debate sobre a necessidade das políticas públicas de saúde priorizarem temáticas de tamanha relevância. No país, tem-se verificado que a discussão dos temas "violência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes" vem ocorrendo de forma fragmentada e pouco consistente. Este trabalho

traz uma seleção não sistemática de estudos epidemiológicos desenvolvidos em escolas e comunidades brasileiras sobre o assunto. A ampla variedade e a da violência familiar e comunitária e dos problemas de saúde mental são apontadas, ressaltando-se as diferenças metodológicas dos métodos de aferição e a concentração de estudos nas regiões sul e sudeste do país. A ainda escassa rede de atendimento para os problemas aqui tratados é sinalizada, assim como a falta de preocupação com a prevenção do transtorno mental e com a promoção da saúde mental.

090

DUARTE, Cristiane Seixas; BORDIN, Isabel Altenfelder Santos; GREEN, Genevieve Rachel; HOVEN, Christina W. **Criança, violência e saúde: desafios e questões atuais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 487-496, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a17v14n2.pdf>

Este artigo examina os desafios e perspectivas atuais envolvidos na mensuração da exposição a diferentes tipos de violência e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Instrumentos padronizados apropriados para estudos epidemiológicos, selecionados com base em sua relevância na literatura, são brevemente descritos e comentados. A avaliação de exposição à violência em crianças pode dizer respeito a um evento específico (como seqüestro) ou um contexto específico (como guerra) ou mesmo um determinado tipo de exposição (como violência física intrafamiliar). A avaliação da saúde mental infantil após a exposição à violência tradicionalmente concentrou-se na avaliação do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) - freqüentemente avaliado através de escalas não-diagnósticas. Porém, outras reações psicológicas podem ocorrer e instrumentos que podem ser usados para avaliar estas reações também são descritos neste artigo. Dois tópicos de importância emergente - a avaliação de prejuízo funcional e do pesar traumático em crianças - são também apresentados. Instrumentos culturalmente apropriados são essenciais para a identificação de problemas de saúde mental em crianças após a exposição à violência.



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](mailto:editora.ms@saude.gov.br)Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília - DF, setembro de 2009

OS 2009/0706

Disque Saúde  
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

Legislação em Saúde  
[www.saude.gov.br/saudelegis](http://www.saude.gov.br/saudelegis)



Ministério  
da Saúde

