

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**O estado da ciência, tecnologia e inovação e sua
relação social com enfermagem no Brasil**

Cibele Correia Semeão Binotto

São Carlos – SP
2012

CIBELE CORREIA SEMEÃO BINOTTO

O estado da ciência, tecnologia e inovação e sua relação social com enfermagem no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Niiituma Ogata

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Massao Hayashi

São Carlos – SP
2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B614ec

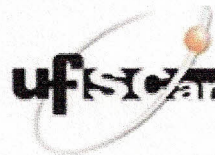
Binotto, Cibele Correia Semeão.

O estado da ciência, tecnologia e inovação e sua
relação social com enfermagem no Brasil / Cibele Correia
Semeão Binotto. -- São Carlos : UFSCar, 2012.
89 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2012.

1. Desenvolvimento da ciência e tecnologia. 2. Políticas
públicas. 3. Saúde coletiva. I. Título.

CDD: 303.483 (20ª)



**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
CIBELE CORREA SEMEÃO BINOTTO**

Prof. Dra. Márcia Niituma Ogata
Orientadora e Presidente
UFSCar

Prof. Dra. Sílvia Matumoto
Membro externo
EERP/USP

Prof. Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade
Membro interno
UFSCar

Submetida a defesa pública em sessão realizada em: 24/02/2012.
Homologada na 55ª reunião da CPG do PPGCTS, realizada em
16/03/2012.

Prof. Dra. Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi
Coordenadora do PPGCTS

Fomento: CAPES/DS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir a realização do sonho de estudar em uma Universidade Pública, na graduação e na pós graduação. Ao Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, por permitir a realização dessa etapa da minha vida.

Agradeço à minha orientadora professora Dra. Márcia Niituma Ogata por acreditar em mim desde a graduação e me ajudar a clarear o meu caminho para um pensamento mais profundo sobre pesquisa e enfermagem. Pelo exemplo de profissional dedicada e comprometida com o seu trabalho, com o desejo de fortalecer e ampliar o conhecimento dos seus orientandos. Além da amizade, do carinho e do incentivo, essenciais durante esse tempo de construção da pesquisa.

Ao professor Dr. Carlos Roberto Massao Hayashi pela coorientação e trabalho com os dados coletados.

Aos professores Dr. Thales Haddad Novaes de Andrade e Dra. Silvia Matumoto por contribuírem com essa pesquisa por meio dos seus conhecimentos e estudos.

Aos meus amigos: Sarah Blima, Saulo Campos, Elaine Hipólito, Hélio Pajeú por me apoiarem, acreditarem em mim e contribuírem, também, com seus conhecimentos.

Aos meus pais José e Josefa e minha irmã Sandra, pelo incentivo e pela compreensão desse período de dificuldades e dedicação.

Ao meu marido André Luiz Binotto, que antes de tudo é meu melhor amigo, meu companheiro que foi capaz de escutar desde as alegrias até as frustrações e dificuldades vivenciadas nesse período. Obrigada pelo amor e pelas palavras de conforto, incentivo e também por sempre compreender quando eu precisava dedicar tempo às atividades do mestrado.

“No Reino Unido há o entendimento de que “os debates científicos precisam ser dominados por especialistas”. As pessoas comuns temem não saber os detalhes técnicos sobre determinado assunto. Acontece que existem os especialistas técnicos, existem os especialistas éticos e os teólogos. E todos se acham no direito de dizer o que é certo e o que é errado. O problema é que os resultados da ciência são, freqüentemente, contra-intuitivos ou desconhecidos e rejeitados pelos cidadãos comuns. A razão pela qual o diálogo sobre os avanços da ciência e da tecnologia deve ser mais amplo é que todos nós somos afetados pela ciência e pela medicina. Deveríamos também votar em questões relacionadas à pesquisa e aos cuidados com a saúde. (Shakespeare, 2005, p.484)”

RESUMO

BINOTTO. C. C. S. O ESTADO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO E SUA RELAÇÃO SOCIAL COM ENFERMAGEM NO BRASIL. 2011. 89 Folhas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – SP, 2011.

No Brasil, ainda são escassas as pesquisas que procuram conhecer como os profissionais da saúde, em geral, acessam, recuperam, compreendem, assimilam e utilizam as informações científicas e tecnológicas disponíveis, e se estas produções estão contribuindo para uma melhoria nas ações gerenciais e de cuidado em saúde. Crescentes investimentos em pesquisa e desenvolvimento nem sempre são acompanhados dos resultados esperados pela sociedade, o que parece demonstrar que pode não estar existindo uma conexão entre o setor de pesquisa e o setor produtivo. A presente pesquisa visa investigar e categorizar como se configura o campo de produção científica na enfermagem e sua relação social com as prioridades de pesquisa em saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com etapa de construção do referencial teórico e reflexões teóricas sobre política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde, pesquisa em enfermagem, saúde coletiva no Brasil; ciência, tecnologia e sociedade para avaliação de atividades científicas, tecnológicas e ferramentas automatizadas de análise quantitativa e de dados. Posteriormente, seleção de revistas de enfermagem na SCIELO, buscando artigos de saúde pública, por meio de termos presentes nos descritores de bases científicas e posteriormente a utilização de estudos bibliométricos. Com esta pesquisa foi possível verificar a coerência entre a biblioteca eletrônica Scielo e os sistema de Descritores da Bireme, evidenciando um trabalho em conjunto. Dos artigos estudados foi possível identificar o cumprimento das políticas de saúde com algumas de suas temáticas e também evidenciar outras que dentre o estudo feito ainda não são bem exploradas. A pesquisa vem a contribuir na caracterização da atual produção científica em saúde, sua relação com a ciência, tecnologia e sociedade, estimulando os pesquisadores a conhecerem o perfil das publicações, temas mais explorados, possíveis lacunas e seus colaboradores. A utilização de periódicos eletrônicos facilita muito o acesso e a contribuição para a disseminação das novas pesquisas, sua fácil localização pelas palavras-chave leva a uma consulta mais rápida. Assim, a Tecnologia da Informação é evidenciada como um caminho que diminui a distância entre pesquisadores e estudiosos.

Palavras-chave: saúde coletiva; enfermagem; tecnologia; inovação; políticas públicas.

ABSTRACT

BINOTTO. C. C. S. THE STATE OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND INNOVATION AND ITS RELATION WITH SOCIAL NURSING IN BRAZIL. 2011. 89 pages. Paper (Master's degree) – Postgraduation on Science, Technology and Society Program, Education and Sciences Center, São Carlos Federal University, São Carlos – SP, 2011.

In Brazil, there are few studies that search to know how health professionals to access, retrieve, understand, assimilate and utilize the scientific and technological information available. If this studies are contributing to improvement the management of health care such as increasing in researchs and development, it can not be to accompanied by society, which seems to demonstrate that there are not connection between research sector and industry. The research aims to investigate and categorize how to configurate the scientific production of nursing science and its relationship with the social priorities in health research. It is an exploratory research with construction of referential and reflections theoreticals about science national policy, technology and innovation in health, nursing research in health public in Brazil; science, technology and society for the evaluation of scientific and technological activities and automated tools for data quantitative analysis. After selection of nursing journals in the SCIELO, we are searching for health articles, through terms present in the descriptors on scientific basis and then to use in bibliometric studies. In this research was possible to verify coherence between electronic library of SCIELO and descriptors system of BIREME showing a work jointly. Of studied articles was possible to identify compliance with health policies and some its themes, evidencing others themes that are not well explored yet. This research is coming contributing to the characterization of current scientific production in health, encouraging researchers to know the profile of publications, the most exploited themes, possible gaps and its colaborators. The use of electronics journals makes easily access and it contribute to new researchs, is becoming much easier located through keywords leads to a quick reference. So information technology is highlighted as way that decreasing the gap between researchers and scholars.

Keywords: public health; nursing; technology; innovation; public policies.

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição das publicações por periódicos	66
Gráfico 2.	Periódico Texto & Contexto Enfermagem e suas contribuições.....	68
Gráfico 3.	Revista da Escola de Enfermagem da USP e suas contribuições..	69
Gráfico 4.	Revista Anna Nery e suas contribuições.....	69
Gráfico 5.	Acta Paulista de Enfermagem e suas contribuições.....	70
Gráfico 6.	Revista Brasileira de Enfermagem e suas contribuições.....	71
Gráfico 7.	Revista Latino- Americana de Enfermagem e suas contribuições..	71
Gráfico 8.	Revista Gaúcha de Enfermagem e suas contribuições.....	72
Gráfico 9.	Temáticas ..de Pesquisa.....	74
Gráfico 10.	Publicações no decorrer dos anos.....	76

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1.	Qualis dos periódicos selecionados.....	65
Tabela 2.	Distribuição de Temáticas em cada Periódico.....	66
Tabela 3.	As palavras-chave mais encontradas dentro das temáticas de pesquisa.....	72
Tabela 4.	Tecnologias em Saúde utilizadas nos artigos.....	76
Tabela 5.	Vínculo institucional dos autores com maior número de publicações.....	77
Tabela 6.	Autores e Bolsa Produtividade.....	78

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BIREME	Centro Latino Americano e do Caribe de informação em ciências da saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
C & T	Ciência e Tecnologia
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CTS	Ciência Tecnologia e Sociedade
DESC	Descritores em Saúde
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PNCT & IS	Programa Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UFCE	Universidade Federal do Ceará
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
USP	Universidade de São Paulo
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1. 1. O Sistema Único de Saúde e o campo da Saúde Coletiva.....	15
1. 1. 1. A Trajetória da Pesquisa em Enfermagem no Brasil.....	34
1. 2. O Campo da Ciência Tecnologia e Sociedade.....	41
1. 2. 1. Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde.....	45
1. 2. 2. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.....	51
2. JUSTIFICATIVA.....	54
3. OBJETIVOS.....	55
4. METODOLOGIA.....	56
4. 1. Delineamento da pesquisa.....	56
4. 1. 1. Primeira Etapa: Levantamento bibliográfico.....	56
4. 1. 2. Segunda Etapa: Análise bibliométrica.....	56
4. 1. 3. Terceira Etapa: Análise da produção científica e as prioridades de pesquisa em saúde.....	59
5. RESULTADOS.....	60
6. DISCUSSÃO.....	80
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO I (Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde).....	90

APRESENTAÇÃO

Gostaria de apresentar os motivos que me levaram a desenvolver esta pesquisa. No ano de 2005 ingressei na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) no Curso de Graduação em Biblioteconomia e Ciência da Informação. Após um ano de curso decidi prestar vestibular novamente e direcionar-me à área da saúde, em 2006 iniciei o Curso de Graduação em Enfermagem na mesma instituição.

Durante a graduação me identifiquei com a área de saúde pública, nesse mesmo período surgiu a oportunidade de começar uma pesquisa de iniciação científica. Esta envolvia publicações científicas em periódicos de enfermagem e as prioridades de pesquisa em saúde da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Foi realizada uma análise relativamente pequena, porém, suficiente para gerar algumas indagações acerca de como essas prioridades foram selecionadas, bem como o papel do governo nessa formulação e também a forma que as pesquisas contemplam ou não as políticas públicas.

Logo após a graduação iniciei meus estudos de mestrado e, juntamente com isso, um trabalho em uma clínica de reabilitação de idosos. Vale destacar que uma das prioridades de pesquisa em saúde é justamente a saúde do idoso, apresentando Esta como um fato favorável ao desenvolvimento da presente pesquisa de mestrado.

Com o ingresso na pós-graduação em Ciência Tecnologia e Sociedade da UFSCar iniciei as pesquisas sobre política pública, ajudando a desenvolver diferentes olhares sobre os impactos das ciências e tecnologias na sociedade.

Na linha de pesquisa “Dimensões Sociais dos Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia e Sociedade” foi possível identificar a proximidade com o meu objeto de estudo. Utilizando os conceitos estudados na linha em questão, as políticas públicas apresentam um olhar crítico sobre sua formação e também dos atores sociais envolvidos, além de contemplar os impactos sociais gerados com a tecnologia.

Esse aspecto alinhado com a minha trajetória na área da saúde, instigou-me a verificar se a produção científica na enfermagem, em saúde coletiva, contemplam as novas políticas públicas. Nesse sentido, a idéia foi ampliar o início dessa pesquisa, que ocorreu com o processo de desenvolvimento da iniciação científica, além, também, de compreender o processo histórico e cultural responsável por gerar o contexto propício à formação da atual política prevalente no Brasil, gerando, com

isso, subsídios para a compreensão da formulação das políticas públicas, identificando o núcleo da enfermagem nesse contexto e o seu papel como categoria pesquisadora.

Assim, o objeto de estudo dessa pesquisa é a publicação de enfermagem na saúde coletiva e a sua relação com a atual Política Pública determinante das prioridades de pesquisa.

Para compreender melhor o processo de construção de tal política nossa pesquisa envereda pelas delimitações de um campo de conhecimento chamado Ciência Tecnologia e Sociedade (CTS) que apresenta um olhar interdisciplinar e social para a ciência, deixando mais evidente os atores sociais envolvidos no desenvolvimento científico e também político. Nessa explanação sobre CTS foram utilizados alguns autores que contribuíram à contextualização desse campo de conhecimento, alguns deles são: Bourdieu, López Cerezo, Snow, Guimarães, Mendes, Price, entre outros.

De tal modo, nessa pesquisa as contribuições da enfermagem no campo da saúde coletiva utiliza um olhar social, passando pela construção das políticas públicas e da atual política pública de saúde Sistema Único de Saúde (SUS).

A Saúde Coletiva é trabalhada como o “pano de fundo” da enfermagem, devido a sua contribuição no processo de consolidação do SUS, bem como a sua colaboração à categoria de enfermagem, com atuações baseadas na humanização e no cuidado integral.

1. INTRODUÇÃO

1. 1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Com os constantes desafios econômicos e sociais que se impuseram ao longo da história das políticas no Brasil diversas discussões surgiram em torno da estruturação dos serviços públicos. O país passou por períodos em que o Estado intervinha o mínimo possível (neoliberalismo), e a população estava, praticamente, à margem de qualquer tipo de negociação nas construções políticas. Isto, até momentos em que o Estado é responsável por diversas ações e a população adquire direito de participação.

A “nova ordem mundial” que se instaura na década de oitenta, inspirada no neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente, nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo “estado mínimo” e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada “crise fiscal do estado” em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como saúde pública (PAIN; ALMEIDA FILHO; 1998, p.301).

O crescimento econômico almejado pelos governantes esbarrava com os problemas sociais, para estimular a economia do país muitos acreditavam que o dinheiro do Estado não deveria ser gasto com ações sociais. Todos esses pensamentos conflitantes presentes nesse período eram também vulneráveis a influências de outros países, além dos próprios desafios internos, como os conflitos de interesses e a própria corrupção.

Gerar desenvolvimento para o país era melhorar a economia, gerando mais arrecadações e diminuindo os gastos públicos, inclusive os gastos sociais. Sendo o próprio papel do Estado contestado a respeito de como deveria ser exercida sua atuação e qual a sua responsabilidade social na vida da população.

“Recolocar a economia nos eixos significou a progressiva exclusão econômica de grandes parcelas da população, bem como da despolitização de temas que passaram a ser tratados sob a ótica tecnicista.” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.60).

Durante o período militar o Sistema Nacional de Saúde implantado caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias, com a hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Houve uma unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Nele reuniram-se as contribuições previdenciárias, aposentadorias, pensões e inclusive a assistência médica de todos os trabalhadores formais, porém, em contra partida, os trabalhadores rurais e outros urbanos informais não eram contemplados com os seus benefícios (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Diversas conferências foram organizadas, inclusive a Conferência Internacional de Alma-Ata, sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde. Nessa conferência a saúde foi determinada como um direito do homem, isto é, deveria ser concedido e ter na sua formulação e desenvolvimento o governo como um facilitador desse direito.

O papel do Estado e as funções desse como um facilitador da saúde sempre foi discutido, inclusive para a elaboração de possíveis políticas que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Com as crises relacionadas a repressão, a corrupção inesgotável nessas instituições e a geração cada vez maior da desigualdade social, outras formas de organização foram surgindo, como também novos campos do conhecimento. Com isso, nasce um novo campo da especialidade médica, a Medicina Preventiva, iniciando a organização do movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, sem perder de vista a organização da sociedade civil como meio de promover a democratização do país e uma possível melhora no tipo de saúde oferecida.

Portanto, o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva num confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.64).

Emergiu uma crítica em relação à abordagem antiga, essencialmente biológica, e passou a discutir a prática da medicina numa perspectiva histórico estrutural. Assim, visava aprender as relações da saúde com a sociedade.

Na década de 1970, quando ainda em plena ditadura, se articula a agenda política do movimento, até 1990, momento em que a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080) consolidou, apesar dos vetos do governo Collor, objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do SUS, em conformidade com o capítulo da Saúde da nova Constituição Brasileira, de 1988 (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.59).

No ano de 1985, o regime militar chegou ao fim com a eleição indireta da chapa de oposição, apoiada pela dissidência do próprio partido governista. O parlamentar civil Tancredo Neves foi eleito presidente, porém faleceu antes da posse e, assim, assumiu o vice presidente José Sarney, nessa nova fase de redemocratização chamada de Nova República. Nesse período, lideranças do movimento sanitário assumiram, efetivamente, posições em instituições responsáveis pelas políticas de saúde. A área da saúde conseguiu chegar a Assembléia Nacional Constituinte com uma proposta legitimada do ponto de vista do ideário movimento sanitário (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O final da década de 1970 e início dos anos 1980 coincidiu com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e teve início a proposta de atenção primária à saúde, ainda com uma visão reducionista, caracterizada pelo desenvolvimento de programas de saúde simplificados (DOURADO; SANNA, 2009, p.878).

Com o fim do período militar, o Brasil passou por diversas mudanças e reformas no seu sistema público de saúde, um fato importante nesse período se refere à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Essa conferência contou com a participação de sindicatos, organizações populares, profissionais de saúde e de pesquisa em saúde. Nesse mesmo período também foi aprovado, na Constituição Federativa do Brasil de 1988, o capítulo sobre a Seguridade Social (COHN, 2005).

A 8ª CNS foi diferente das anteriores devido à participação de usuários do Sistema Nacional da Saúde, além de contar com pré-conferências municipais e estaduais, o que gerou um caráter mais democrático.

Após a 8ª CNS, as conferências ganharam um novo aspecto, a respeito da participação e do controle social. Em 1990, a lei 8.142 as definiu como foros deliberativos fundamentais para a democratização do processo decisório, isto é, debate e discussão para encontrar as melhores alternativas no setor saúde, representando a mais importante jurisdição deste segmento no país. (SAÚDE, 1990).

Pautado em diretrizes e princípios instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que tornou-se válido para todo o território nacional e sustenta-se no pressuposto constitucional que a saúde é um direito de todos e esse direito deve ser oferecido e mantido pelo Estado.

Para dar materialidade à política de saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na lei n. 8.080, de 1990, como: o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (NORONH; LIMA; MACHADO, 2008, p.438).

É com a institucionalização dessas leis que o Estado passou a se responsabilizar diretamente com o papel de manter a seguridade social, por meio de atuações como o fornecimento da assistência em saúde, projetos e programas de saúde, acesso a educação, enfim políticas sociais.

Um movimento que, sem dúvida, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença. Mas também reconhecer que o modo como vem ocorrendo sua institucionalização tem bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição como campo científico (CAMPOS, 2000, p.220).

A criação de um novo olhar dentro da Saúde Pública que ainda utiliza a história dessa ciência, mas sem uma delimitação própria de uma parte ou do todo, constitui o novo campo que é a Saúde Coletiva.

A área da saúde, inevitavelmente referida ao âmbito coletivo-público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998, p.302).

“A reflexão sobre a Saúde Coletiva como um campo de conhecimentos e práticas tem estado presente em muitos trabalhos ao longo dos anos que medeiam a sua institucionalização no final dos anos 1970 e a sua trajetória até os dias atuais (NUNES, E. D. 2008, p.19).”

A Saúde Coletiva é um campo de produção de conhecimento e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos ou rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde. Todas as práticas de saúde orientadas para os modos de andar a vida, melhorando as condições de existência das pessoas e coletividades demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção da cidadania, entre outras práticas de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2008, p.138).

As origens da saúde coletiva se relacionam com um projeto preventivista, que na segunda metade dos anos 50 do século XX foi bem discutido com o apoio de instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde. Essas reflexões se associavam com a crítica a uma medicina que na teoria e na prática se encontrava com grandes problemas e numa crise bem significativa. Muitas críticas ocorriam devido ao modelo biomédico que se vinculava estreitamente ao projeto pedagógico e não de forma atuante nas práticas médicas. Como resultados dessas discussões criaram-se os departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas, buscando uma preocupação biopsicossocial do indivíduo (NUNES, 2008).

O Brasil passou por diversas mudanças sociais e econômicas que eram influências dos fatores e movimentos internos e também externos.

Nos anos 60 o projeto preventivista torna-se uma realidade em muitas escolas médicas, chegando também na América Latina. Nos anos 70 para o Campo da Saúde Coletiva é o momento no qual ocorre sua estruturação formal, principalmente com a formação de recursos humanos, no progresso com as ciências sociais em saúde e também com o papel da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), favorecendo o desenvolvimento tecnológico e também de inovação (NUNES, 2008).

Os atores sociais envolvidos na criação e consolidação dos campos da saúde coletiva conseguem uma melhor mobilização e organização social no final dos anos 70 e começo dos 80.

Foi no início dos anos 80 que surgiram as atividades voltadas para a construção do próprio campo como os congressos, grupos de pesquisa e trabalho, debates em conferências, além da universalização das políticas sociais. (NUNES, 2008).

O desenvolvimento deflagrado com esse campo gerou uma ideia de movimentos extensos e diversificados, refletindo a concepção ampliada de saúde e suas grandes interfaces. Com o campo da saúde coletiva, a questão da saúde transcende a perspectiva da doença como um problema pontual e exclusivo, para visualizá-la em um viés de cunho biológica, social e econômica.

As reformas do Estado que visaram à melhoria nos serviços oferecidos, colocam-se na agenda política de diferentes governos com missões político-ideológicas e, assim, surgiram propostas de diversos setores, como também o setor da saúde, porém, essas reformas, muitas vezes, não são discutidas pelas escolas de saúde coletiva ou outras organizações e instituições semelhantes. Assim, muitas decisões passam diretamente para o Ministério da Saúde e são negociadas diretamente entre as agendas financeiras e o setor econômico do governo (COHN, 2005).

Segundo Campos “em primeiro lugar é preciso assumir explicitamente que a saúde pública é uma construção social e histórica e que, portanto, depende de valores, ou seja, é resultante da assunção e da luta de alguns valores contra outros.” (CAMPOS, 2000, p.228).

Essa trajetória da construção política pode gerar decisões e estratégias que não contemplam os benefícios almejados pela saúde coletiva, como os explorados na área do planejamento de estudos epidemiológicos, gestão do trabalho, prevenção de doenças, entre outros.

Deste modo, uma atuação conjunta do governo com instituições de pesquisa pode oferecer melhores projetos à estruturação de políticas, isso porque os resultados de pesquisas desenvolvidas podem gerar indicadores que contribuam ao fortalecimento do planejamento de novas políticas.

Nesse contexto, uma reflexão sobre a “Nova Saúde Pública” que procura examinar, de modo crítico e profundo, os determinantes da “crise da saúde pública”, passa a ser identificada pejorativamente como “assunto de sanitaristas”, isto é, de escolas e pesquisadores do campo da saúde bem como de funcionários públicos com responsabilidades operativas. A correlação de forças políticas e institucionais vigentes mantém afastados do cenário das reformas de vários países não só os trabalhadores do setor como especialmente os distintos segmentos da população que serão “objeto” dessas reformas. As conquistas democráticas alcançadas pelos povos latino-americanos e caribenhos, especialmente a partir da década de oitenta, ainda não foram suficientes para garantir a *publicização* (isto é: controle público das políticas e práticas institucionais dos respectivos Estados) dos seus aparelhos e mesmo das suas burocracias (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998, p.306).

Quando a Saúde Coletiva é considerada um campo de atuação da Saúde Pública, permite que algumas reflexões sejam realizadas, tratando-se de uma área que atua na questão da saúde e do adoecimento, da prevenção e de estudos epidemiológicos que trabalhem também com a prática profissional. Existe um esforço crítico do rompimento do conceito tradicional da saúde pública e investimento na construção de outras teorias e práticas da saúde coletiva (CAMPOS, *et al*, 2006).

Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral (CAMPOS, 2000, p.225).

A Saúde Coletiva atua também na intervenção, visando unir os agentes condicionantes, porém, não apenas para o planejamento, mas também contribuindo à prática profissional e atuação direta com a comunidade.

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998, p.309).

Devido às diferentes áreas de atuação, a saúde coletiva é considerada um campo do conhecimento de natureza interdisciplinar com algumas disciplinas

básicas já mencionadas, como é o caso da epidemiologia, da administração e do planejamento de saúde e das ciências sociais em saúde (CAMPOS, *et al*, 2006).

Campos (2000) faz alguns questionamentos sobre qual seria a identidade da saúde coletiva, sobre os seus saberes e práticas e também se existe um agente especializado para atuar nessa. As respostas como contribuidores na produção da saúde são: a equipe de saúde, o governo e a comunidade.

Como se trata também de uma área de planejamento, o governo tem grande participação e deve contemplar ações que tratem de toda a questão social envolvida no seu desenvolvimento. Trabalhar com epidemiologia não é simplesmente visualizar dados, alcance de doenças, todavia, trabalhar com olhar crítico e social. É necessário também oferecer recursos e outras possíveis habitações para essa população.

Segundo Campos (2000, p.227) “nenhum bem ou serviço pode desvincular-se completamente da obrigação de atender a necessidades sociais. O que varia é o grau e a qualidade com que são oferecidas”.

A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso (CAMPOS, 2000, p.228).

Uma teoria sobre a produção de saúde funcionaria como uma orientação de todas as práticas sanitárias e não seria construída somente com base em epidemiologia ou na questão social, no entanto utilizando diferentes saberes para se consolidar e atuar.

Contudo, mais do que definições formais, a saúde coletiva requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro que transcendem o campo institucional e o tipo de profissional convencionalmente reconhecidos como da saúde pública. A possibilidade de redimensionar objeto, instrumentos de trabalho e atividades, considerando sua articulação com a totalidade social reabre alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da saúde coletiva no trânsito para o novo milênio. Conforme destacado em uma das mais fecundas contribuições a esse debate a saúde coletiva se consolida como campo científico e âmbito de práticas aberto à incorporação de propostas inovadoras, muito mais do que qualquer outro movimento equivalente na esfera da saúde pública mundial (PAIN ; ALMEIDA FILHO, 1998, p.310).

Devido a sua interdisciplinaridade e diferentes agentes participantes; sociais, políticos, econômicos, o campo da Saúde Coletiva pode ser visualizado como um complexo desafio para mudanças e inovações que visam gerar uma saúde mais atuante e com diferentes abordagens sociais.

Algumas intervenções são elaboradas visando esse desenvolvimento e bem estar social, são elas as políticas sociais e as políticas de saúde. Essas fazem parte da atuação política que busca definir objetivos, estratégias e resultados que podem ser expressos por meio de indicadores, como no caso dos indicadores de mortalidade infantil. Para que essas intervenções possam gerar resultados efetivos é necessário que sejam bem planejadas e empregadas. Nesse sentido a fase de construção das políticas públicas se apresenta como essencial para organizar a forma de atuação do Estado nas questões sociais.

Ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento e a reprodução dos sistemas de proteção social, consistem no que chamamos de política social. É a atividade que decorre da própria dinâmica de atuação dos sistemas de proteção social, que consiste em sua forma de expressão externa, concretização, e envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas, objetivando reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. São estratégias para gerar um melhor funcionamento da sociedade, tentando garantir de forma coletiva as necessidades individuais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Assim, a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem-estar. Portanto, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção de igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades (FLEURY; OUVRENEY, 2008, p.38).

O estudo das políticas de saúde se refere a um campo de conhecimento da área das ciências humanas, e esse estabelece outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que, não é semelhante ao das ciências biológicas e exatas.

Os estudos de natureza política tratam, necessariamente, de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder, e a dimensão da racionalidade que está envolvida nas propostas de organização, reorganização e de escolha de prioridades ao se eleger uma dentre várias possibilidades para a área da saúde fazer frente às necessidades de saúde da população de cidadãos que está sob a autoridade e a responsabilidade do Estado (CAMPOS, et al 2006, p.232).

Para construir uma política de saúde é importante saber que ela impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, isso porque une, emprega e redefine significados sociais, gerando novos conceitos e formas de percepção socioculturais que levam diretamente a resultados nas estruturas sociais.

Na passagem da década de noventa para o século XXI foram, ainda, produzidos fatos políticos institucionais com consequências não desprezíveis para as políticas de saúde, (BRASIL, 2006, p.28):

- Expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros;
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei n 9.787/99);
- Implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS);
- Adoção do cartão SUS em alguns municípios;
- Implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
- Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Quando se elabora uma política não é necessário um olhar que vise somente o ideal e o objetivo final, mas sim observar e buscar compreender o comportamento da realidade sobre a qual a política tem ação e, assim, pensar sobre a melhor forma de ação. Existe uma disputa entre os interesses particulares e interesses gerais, que ocorre numa arena onde os poderes dos distintos grupos são altamente diferenciados quanto à sua capacidade de se impor aos demais sua vontade, além da disputa entre dimensões técnicas e a dimensão política, graças a um avanço da presença da dimensão burocrático-administrativo do Estado nos processos de implementação e tomada de decisão.

Os sistemas de proteção social, mesmo oferecendo benefícios semelhantes, podem projetar efeitos políticos em relação à cidadania, que podem ser bem diferentes uns dos outros. Cada sociedade responde à necessidade de criar políticas de proteção social de acordo com os valores compartilhados, com instituições e governantes com relações diferentes de peso do Estado, da sociedade ou até mesmo de uma comunidade (GIOVANELLA et al., 2008).

É o grau de diversificação da economia que ajuda a formar a política pública, o regime social, a visão dos governantes e o Estado, juntamente com a sociedade, além da capacidade de atuação dos diferentes grupos sociais, ONGs, sindicatos, partidos entre outras formas de organização.

As políticas públicas são vistas como processos decisórios, em que atores e interesses sociais fazem parte da elaboração dessas, ocorrendo em ambientes institucionais e organizacionais, assim definindo prioridades e estratégias.

As teorias sociais contemporâneas distinguem três tipos principais de poder social, o sistema social global se apresenta articulado em três subsistemas fundamentais: organização das forças produtivas, organização do consenso e a organização da coação, cabendo sempre ao Estado o monopólio do uso da força (CAMPOS, et al 2006, p.234).

Neste sentido, como outras políticas, a política de saúde deve ser tratada como uma política social, isso porque está voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades. É mais fácil pensar que a política de saúde é voltada para a melhoria das condições sanitárias de uma população, porém, assim como as outras, também possui interesses que também determinam os rumos e o formato das políticas de saúde.

As políticas sociais, assim como outras, têm recebido influência por interesses gerados pelos setores empresariais, em grande parte porque essas representam a possibilidade de consumo de mercadorias por eles produzidas, assim como medicamentos, equipamentos hospitalares, computadores, livros, entre outros.

“A política social é uma estratégia de intervenção e regulação do Estado no que diz respeito à questão social, mas essa intervenção social não é livre de conflitos de interesses entre camadas e classes sociais” (CAMPOS, et al 2002, p.11).

A análise da política de saúde deve ser feita como uma estrutura de delimitação de atores. Assim se pensa nas relações de poder que ocorrem dentro do campo, como produto da interação entre agentes dotados de interesse e capacidades específicas, como: médicos, profissionais de saúde e funcionários sindicalistas. Cada participante atua em uma rede de alianças, conflitos, pressões, negociações e debates. Isso com leis determinadas em um campo anterior e que podem ser modificadas dependendo da nova força exercida.

Há, na área da Saúde Coletiva, basicamente duas grandes vertentes de análise das políticas de saúde: uma que privilegia a organização dos serviços e do sistema de saúde nos distintos países e no Brasil em particular, e outra que enfatiza o impacto das sucessivas reformulações dos sistemas de saúde de cada país sobre o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e a satisfação de suas necessidades básicas de saúde (CAMPOS, et al,2006, p.232).

Esse tipo de política se torna uma ação de proteção social que passa pelo desenvolvimento, implementação e processos que visam desenvolver as responsabilidades públicas. Políticas de saúde com suas elaborações, estratégias, planos e desenvolvimentos geram uma ação que não é apenas no campo da saúde, mas também uma influência em vários aspectos do campo social, como a questão econômica, cultural, política. Dessa forma, pode também oferecer participação em diversos papéis sociais e dentre eles o papel de resolver os desafios da saúde.

Como qualquer outra política, a política na área da saúde contribui para a movimentação financeira, pois apresenta um forte vínculo no âmbito econômico, acelerando o ritmo das atividades produtivas e gerando efeitos sobre outros setores, isso porque exige um grande investimento para unidades médicas, remuneração de profissionais, produção e disseminação de medicamentos, entre outros.

...Nas sociedades capitalistas modernas as políticas sociais assumiram uma dupla função: a par regular a relação entre capital e trabalho, definindo os limites de ação de cada uma dessas categorias sociais fundamentais da sociedade na busca de seus ganhos e de suas conquistas, garantir à população em geral um patamar mínimo de condições de vida e de reprodução social, sempre definindo esse patamar segundo convenções sociais contratadas socialmente. Nesse sentido, as políticas sociais surgem como políticas que compensam de certo modo as desigualdades sociais geradas pelo processo de acumulação capitalista, vale dizer, pelo mercado (CAMPOS, et al,2006, p.242).

Políticas de saúde e outras políticas sociais, muitas vezes, são vistas pelo governo como um problema, uma questão de aumento de gastos, mas na verdade esses planejamentos também costumam ampliar a produção, já que geram empregos, impedem a mortalidade precoce e desnecessária, formando trabalhadores mais educados e com melhores condições sanitárias.

Além da questão competitiva, as políticas e a própria área da saúde desenvolve tecnologias que permitem o avanço do conhecimento ao competirem com outros setores, empresas e países. A inovação na saúde pode ter como fonte de financiamento tanto público quanto privado, ou ainda, como costuma ocorrer na maioria das vezes, uma mistura dessas fontes.

“Outras autoridades públicas podem complementar ou até agir como substitutas do Estado em relação a tais despesas geradas para investir na inovação e nesse poderio competitivo” (CHESNAIS; SAUVIAT, 2005, p.165).

O financiamento público para o privado e do controle gerencial para o controle do mercado implica mudanças no nível, nos objetivos, nas prioridades e no horizonte de tempo do investimento relacionado à inovação. A essência desse deslocamento pode ser resumida na transição de arranjos institucionais nos quais o capital financeiro apóia a indústria para arranjos nos quais a indústria é obrigada a apoiar o capital financeiro (CHESNAIS; SAUVIAT, 2005, p.167).

Os estudos de políticas públicas são multidisciplinares, isso porque devem abranger conceitos de direito, economia, sociologia, antropologia, história, dentre outras, para analisar diferentes aspectos e dimensões. Com essa visão mais completa fica mais difícil encarar política pública apenas como mais um gasto do governo.

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p.24).

A questão da política pública e da participação social não envolve somente as etapas para sua elaboração, mas também, juntamente com isso, aparecem temas como o da cidadania, e seus conceitos da participação do indivíduo e da sua inserção em um grupo político.

De fato, os Estados nacionais modernos são caracterizados pelo reconhecimento, na área social, dos direitos sociais como direito de cidadania, e como tais, enquanto direitos universais e equânimes de todos os indivíduos que vivem sob proteção daquele Estado, em que pese o fato de serem, no geral, sociedades desiguais, sobretudo aquelas abaixo da linha do Equador. O que caracteriza, portanto a cidadania é seu caráter universal, equitativo, impessoal, e tendo como contrapartida uma série de deveres, que vão desde cumprir os deveres cívicos até prestar obediência as leis maiores que regem a sociedade (CAMPOS, et al,2006, p.241).

“A cidadania é a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p.24).

Assim, a formulação, desenvolvimento e aplicação de uma estratégia política, seja ela na área da saúde, ou na área de ciência e tecnologia ou qualquer outra área, necessariamente agrega valores culturais, econômicos, sociais e envolve atores e o poder desses ou do Estado.

É nesse sentido que as políticas sociais, e portanto também as políticas de saúde, estão comprometidas com promover, quando geridas pelo Estado, a justiça social. Isso porque, como já visto, é por meio delas que o Estado lança mão dos instrumentos que são seu monopólio para redistribuir, segundo critérios e parâmetros negociados socialmente, as riquezas da sociedade, sociedade esta composta, nas realidades capitalistas, por grupos, segmentos e classes sociais altamente desiguais entre si (CAMPOS, et al, 2006, p.242).

Quando falamos da questão social podemos utilizar os termos para recursos utilizados na área social, como gasto na área social, ou utilizar a expressão de investimento na área social, o que gera uma idéia de retorno, pois quando investimos em algo geralmente esperamos maior retorno do que quando gastamos com algo. No sentido social, a sociedade que recebe esse investimento do Estado pode obter maiores chances de melhorar sua posição social e, com isso, contribuir fortalecendo a economia do Estado.

“É importante ter presente que, ao executar políticas, o Estado expressa interesses que o constituem e, ao mesmo tempo, estimula à formação de atores políticos.” (BAUMGARTEN, 2008, p.142).

Quando as políticas sociais passarem a ocupar um lugar de geração de produção e não apenas de gastos para o governo, e também desempenharem um papel mais crítico, com maior participação popular, recebendo um olhar que vise contemplar boa parte dos condicionantes sociais agregados na sua elaboração, talvez, sejam melhores recebidas e elaboradas pelos órgãos responsáveis e pelas classes da população.

Um ponto favorável obtido por meio de uma política social é a queda da mortalidade infantil, além do bem estar social, a longo prazo, que proporciona mão de obra necessária para o país . Mesmo que indiretamente o retorno das políticas sociais pode ser positivo e não apenas uma ação que gera gastos.

O SUS foi construído como uma política social, visando garantir a saúde da população prevista na constituição.

A política de saúde é construída como uma política social e, dessa forma, envolve diferentes aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, entre outros, gerando uma complexidade no isolamento de cada fator (GIOVANELLA et al., 2008).

Durante o processo de implantação do SUS o país passou por períodos de conflitos e novas idéias, bem como de mudanças governamentais com vista a atender o estado atual da sociedade e da saúde pública no Brasil.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p.23).

A variação da proteção social adotada por um país gera diferentes condições políticas implicadas em certas situações, o acesso à saúde torna-se uma medida de caridade, ou um benefício adquirido por meio da sua compra ou um direito do cidadão.

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças em relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos (GIOVANELLA et al., 2008).

Na década de oitenta, a sociedade civil brasileira viveu momentos significativos na luta contra a ditadura militar, pela democracia com direitos civis, políticos e sociais. Além do retorno à legalidade democrática, os brasileiros conquistaram uma constituição na qual foram garantidos muitos direitos. Todavia, as vitórias alcançadas foram atravessadas por um grande paradoxo: enquanto buscávamos construir uma política de seguridade social universal, nos países ricos, o Estado de bem-estar social vivia uma profunda crise e as ideias neoliberais ganhavam hegemonia; no Brasil, o projeto de proteção social universal também é tencionado (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010 p.2456).

Para a implementação do SUS foi necessário, primeiramente, reconhecer que no Brasil havia uma elevadíssima desigualdade social, uma enorme concentração de renda, e problemas de saúde pública que permeavam entre dificuldades de saúde da modernidade, juntamente com problemas de saúde decorrentes da pobreza e das péssimas condições de vida de uma boa parcela da população.

O primeiro passo nesse processo ocorreu com o próprio reconhecimento político de que a pobreza e a precariedade das condições materiais de existência das camadas de trabalhadores urbanos tornavam-se, com a emergência da sociedade capitalista, um problema a ser enfrentado coletivamente, ou seja, emerge uma questão social que requer resposta social e institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais (FLEURY; OUVRENEY, 2008, p.28).

Esse processo de desenvolvimento nas sociedades capitalistas industrializadas e suas consequências, com as divisões de trabalho, expansão do mercado, também a busca de uma nova forma de estabilidade e segurança, favoreceu uma nova forma de solidariedade e mobilização social, que precisava resolver problemas que já eram coletivos da sociedade.

...A proteção social definida na constituição brasileira foi fruto da luta de parcelas da sociedade civil pela democratização do país, com conquistas no campo dos direitos sociais - entre eles, a universalização do direito à saúde - e políticos, quando buscou combinar a democracia representativa com dispositivos de democracia participativa, entre os quais a diretriz da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010 p.2456).

Para a elaboração dessa política social de saúde foi necessária uma grande mobilização social, que gerou o desencadeamento de outras formas de participação para a sua manutenção e posteriores estratégias.

O sistema de seguridade social no Brasil foi instituído em 1988 na Constituição Brasileira e foi reflexo de ampla mobilização social. A seguridade social é baseada no tripé previdência, saúde e assistência social, e através do seu artigo 195, definiu seu financiamento por toda a sociedade através de recursos orçamentários da União, dos estados, municípios, além da contribuição sociais dos empregadores (folha de salários, faturamento e lucros), de trabalhadores e de receitas de concursos (CARVALHO A. et al, 2002, p.12).

Desde então as parcelas da sociedade podem ser representadas com os direitos garantidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, que cria o conselho de saúde como uma instância colegiada do SUS, e com a sua existência e funcionamento, o repasse dos recursos financeiros federais são feitos para os municípios. Assim, as necessidades de cada município podem obter seu espaço desde que essas possuam uma representação que também favoreça os recursos para a implementação dos seus projetos e atividades no âmbito da saúde.

A democratização, a nível nacional, passa pela criação de espaços concretos deliberativos – conselhos, colegiados – é o que o SUS está tentando fazer. O SUS foi criado como um projeto para a sociedade civil – em grande parte – movimento sanitário, que lograram penetrar na sociedade política – Estado – institucionalizando e, portanto, ganhando autonomia. Ou seja, há certa institucionalização do SUS quando ele vira lei (CAMPOS, 2009, p.33).

A Lei que garante essa instância colegiada permite a garantia formal da participação da comunidade e visa a participação política na saúde, fazendo com que a população tenha a oportunidade de se tornar atuante na geração de novas estratégias.

Neste momento, o SUS constitui uma das manifestações de um conjunto de “necessidades sociais” de saúde, as quais portam um caráter ético-moral que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo através de seus princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade. É neste conjunto de necessidades que precisamos apresentar os problemas dos usuários que atendemos e traçar o projeto para a enfermagem (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001, p.238).

Porém, para que isso ocorra, também existe a necessidade dos indivíduos compreenderem a importância e desejarem se engajar nesses ambientes.

No entanto, a realidade social contemporânea vem sendo marcada por uma crescente “crise de identidade” dos movimentos sociais, pelo enfraquecimento da sua capacidade de organização e mobilização política tal como tradicionalmente conhecida e analisada nas décadas de 1970 e 1980, tendo como conseqüência uma relativa, embora acentuada, desmobilização social em relação às questões da saúde. Em outros termos, como contraponto aos processos e às dinâmicas sociais da sociedade contemporânea, além da relativa opacidade e complexidade das diferenças sociais, aqui também se verificam ao mesmo tempo um processo de nebulosidade na presença de movimentos sociais por saúde voltados a questões universais e um realce da presença de segmentos específicos portadores de necessidades de saúde particulares no cenário dos espaços institucionalizados de participação e controle público sobre as políticas de saúde. Em resumo, se até 1990 os movimentos sociais, em que pesem as especificidades de suas necessidades de saúde, eram capazes de apresentar um certo grau de aglutinação em torno de demandas competitivas entre si por recursos sempre e crescentemente escassos diante, de um lado, das restrições macroeconômicas, e de outro, da magnitude e da complexidade das necessidades de saúde que a sociedade brasileira é portadora (COHN, 2005, p.399).

Esse entendimento faz parte de uma construção social que deveria ser estimulada desde o período escolar, com a idéia de gerar indivíduos mais participativos e criticamente interessados em conhecer e atuar nos espaços de gestão pública das suas localidades.

Como o processo de participação está diretamente ligado às relações de poder, ele é uma forma de poder, pois os grupos organizados conquistam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e adquirem capacidade de se relacionar com o poder (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p.2457).

É nessa arena de poderes e de jogos de interesses que as políticas públicas são definidas, devido a essa diversificação no seu planejamento, essas, devem conter etapas de formação que constem com a participação de pesquisadores, especialistas, mas também com a participação popular, com a consulta pública, dessa forma esse agente social também é incluso no processo de formação de política e até na sua implementação.

A relação de poder entre os indivíduos e o Estado representou uma grande transformação na estrutura social da modernidade. De um lado, um Estado que atua por procedimentos racionais e legais e que funda seu poder nos indivíduos constituídos como cidadãos. A

existência de uma burocracia de carreira, que não deve favores ao soberano é condição imprescindível para que todos os indivíduos sejam tratados da mesma maneira diante do poder político, da lei, ou seja, é a garantia da existência da cidadania. De outro lado, só os cidadãos podem garantir e assegurar a legitimidade do exercício do poder político (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p.26).

A relação que se estabelece entre o Estado e a sociedade civil são realizadas por meio das práticas de participação, é a intensidade dessa participação que gera uma atuação mais política, capaz de definir os projetos coletivos.

...a sociedade civil.. assistiu à construção do SUS, com certa indiferença. Mas houve grupos de interesse da sociedade civil – movimento popular de saúde, de saúde mental, de Aids etc, que lutaram pelo SUS, ainda que a maioria não tivesse se manifestado nem contra nem a favor. No Brasil existe um bloco liberal privatista, composto por setores médicos, prestadores privados, parte da mídia, ideólogos do neoliberalismo, que não falam mal do SUS, mas tentam readaptar o SUS à lógica de procedimento (CAMPOS, 2009, p.33).

A democracia ainda apresenta alguns desafios para representar tomadas de decisões que ajudem a construir alternativas para os problemas de saúde no Brasil, até mesmo pela complexidade desses problemas que geralmente não são simples desafios da saúde, mas também desafios que contemplam a área social e econômica do país.

Estratégias políticas que possam estimular a participação social, mediante um incentivo culturalmente construído na sociedade, visando formar cidadãos mais criticamente politizados, podem favorecer uma participação mais efetiva, além das próprias políticas e discussão conjunta na tomada de decisões.

Algumas alternativas já existentes, como a Política de Educação Permanente em Saúde, a formação acadêmica e até mesmo a formação escolar podem ser espaços adequados para discussões de uma melhor participação na construção da nossa história, da melhor elaboração de estratégias para essa política social chamada SUS que mesmo com as suas limitações, já é considerada um avanço social.

1. 1. 1. A Trajetória da Pesquisa em Enfermagem no Brasil

O primeiro movimento em direção à pesquisa em enfermagem dá-se com a fundação em 1926 da ABEn com a denominação de Associação Nacional de Enfermeiras Brasileiras Diplomadas, sendo esta uma Associação de caráter cultural, científico e político, com personalidade jurídica de direito privado e que congrega Enfermeiro(a) obstetritz, técnicos(as) e auxiliares de enfermagem, estudantes de cursos de graduação e de educação profissional com habilitação técnico de enfermagem. Sua organização é no Distrito Federal e em cada estado da Federação Brasileira sob a direção de uma Diretoria Nacional (ABEN, 2005).

A ABEn está filiada à FEDERACIÓN PANAMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA (FEPPEN) como organização membro, desde um mil novecentos e setenta, perante a qual representa seus associados. Articula-se com as demais organizações da enfermagem brasileiras buscando o desenvolvimento político, social e científico das profissões que a compõem.

Trabalha para a defesa e a consolidação do trabalho da enfermagem como prática social, essencial à assistência de saúde e à organização do funcionamento dos serviços de saúde. Também defende políticas e programas que visam a melhoria da qualidade de vida da população e acesso universal e equânime aos Serviços de Saúde (ABEN, 2005).

Essa associação visa gerar também um espaço para discussão da produção do conhecimento em enfermagem utilizando eventos além do próprio periódico científico que é utilizado como uma fonte para promover a disseminação do conhecimento da história da enfermagem, saúde e educação.

A partir da década de 80 ocorreu uma melhor articulação entre os países, fortalecendo a ideia de que a pesquisa em saúde vem contribuir como uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde da população, como também a tomada de decisões para a elaboração de políticas, do planejamento da assistência e gerenciamento em saúde. Assim, a pesquisa vem contribuindo para a promoção, recuperação e posteriormente a diminuição das desigualdades no acesso ao atendimento (GUIMARÃES, 2008).

Algumas organizações, mesmo internacionais como a Organização Mundial em Saúde (OMS), contam com a participação do Brasil, que atua de forma favorável no planejamento para melhoria da saúde. O Brasil ainda deve buscar uma participação mais efetiva e mais articulada com essas organizações, porém, já faz parte dos países que contribuem para sua ação (ANGERAMI, 1993).

O investimento financeiro na pesquisa em saúde pode ser atribuído ao fato dessas visarem o seu impacto no estado de saúde da população, seja na promoção, ou recuperação do estado saudável do indivíduo. O Brasil ainda ocupa uma posição não muito expressiva na colocação internacional de produção científica e tecnológica, porém, diferentemente da maioria dos outros países em desenvolvimento, ele consegue gerar internamente a maior parte dos recursos financeiros para pesquisas e ainda formar recursos humanos para pesquisa como de mestres, doutores e outros profissionais. Esses fatos diferenciam o Brasil dos demais países em desenvolvimento.

No Brasil assim como em outros países da América Latina nos anos 1950 e 1960 buscou-se criar novas políticas científicas e tecnológicas visando a criação de instituições de pesquisa científica e tecnológica, para assim resultar em mais desenvolvimento. Com essas políticas observou-se um aumento dos investimentos em ciência nas instituições de ensino superior (CARVALHO, 1998).

Os grupos de pesquisa existentes no Brasil realizam atividades de produção de conhecimento e são desenvolvidos por equipes de pesquisadores titulados ou em formação. É importante ressaltar, que além de valorizar a produção do conhecimento, o Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq passou a ser referência como medida desta produção de conhecimento, aqui se destacando a Enfermagem. Ou seja, a pesquisa em enfermagem se configura em um termo mensurável da produção do seu conhecimento no Brasil (BARBOSA; SASSO; BERNES, 2009).

A participação das revistas de Enfermagem nas bases de dados ISI (Web of Science) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) demonstram um aumento quantitativo e qualitativo na produção do conhecimento da área. Mesmo o aumento do número de revistas brasileiras em outras bases (como MEDLINE e LILACS) confirma esse fato (SILVA; EGRY; ÂNGELO, et al, 2009, p.1348).

A publicação científica é um fator relevante para tornar pública as descobertas, os novos conhecimentos, as novas críticas sobre temas anteriormente abordados, e assim contribuir para a qualificação das práticas profissionais na enfermagem e na saúde em geral, de uma forma construtiva para o Brasil e também para outros países (SILVA; EGRY; ÂNGELO et al, 2009).

Internamente o país apresenta uma significativa desigualdade da sua produção em pesquisa, a região Sudeste se diferencia das outras com a maior

concentração de publicações em saúde, além do número de doutores que também é mais elevado do que em outras regiões do país, evidenciando uma desigualdade social.

Segundo BARBOSA; SASSO; BERNES, 2009, p.445:

A maioria dos grupos de pesquisa está localizada na região Sudeste, com 32 grupos que correspondem a 48% do total. A segunda região em número de grupos é a Sul, que possui 13 grupos que corresponde a 20% do total, seguida da região Centro-Oeste e Nordeste. Os dados apresentados acima refletem, tanto o início do crescimento da Pós-Graduação em Enfermagem quanto a concentração de um maior número de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem nas regiões Sudeste e Sul do País respectivamente.

O fomento a pesquisa em saúde conta com o esforço do governo de forma significativa, mas ainda insuficiente.

...O sistema de saúde, na maioria dos países da América Latina, ainda não conseguiu eliminar a marcante desigualdade entre o atendimento às diferentes classes sociais. Há o privilégio de determinados grupos que usufruem de serviços altamente sofisticados, enquanto uma grande parcela da população se quer tem acesso a condições mínimas de saúde e ambientais que lhe permitam a sobrevivência (ANGERAMI, 1993, p.18).

Nos anos 70, já em nível mundial, houve um crescente estudo e aumento das abordagens acerca dos aspectos teóricos e contextuais relativos à pesquisa em enfermagem, gerando, desse modo, necessidades de novas formas de comunicação que pudessem disseminar melhor os estudos, como também esclarecer conceitos pesquisados.

Os governos, apoiados na proposta de Alma Ata, tentam reverter a filosofia dos serviços de saúde, prioritariamente direcionadas à cura de doenças, para implementação de serviços que ampliem a cobertura e permitam a melhoria na qualidade de vida das populações. A enfermagem absorve esta filosofia de trabalho e compromete-se com a sua construção de um corpo de conhecimento que contribua com a referida proposta. Para alcance desta meta houve necessidade de superação de barreiras advindas das questões políticas e sociais, só possíveis em um momento de transição democrática. Acrescem-se a estas dificuldades, os poucos recursos existentes a desvalorização da profissão, que historicamente vem dificultando os avanços pretendidos pelos profissionais (ANGERAMI, 1993, p.12).

A própria história da enfermagem, inserida nos cenários sociais ao longo dos tempos, torna-se aberta as aproximações e afastamentos das verdades e seus significados. A enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história (PADILHA, BORENSTEIN, 2005).

A enfermagem tem sua produção científica no Brasil, intensificada a partir da década de 80 do século passado, marcada pelo início da pós-graduação sistematizada, responsável por introduzir a área na academia, fortalecendo a cientificidade da profissão (ROCHA, OGATA E ARANTES, 2003).

A Pós-Graduação no Brasil, aprovada pelo Conselho Federal de Educação, em 1965, com base no Parecer Sucupira nº 977/65 e instituída pela Reforma Universitária, ocorrida em 1968, além da necessidade de ampliar a capacidade de investigação das universidades e de seu corpo docente, objetivou a formação de professores competentes que pudessem atender à expansão quantitativa do ensino superior, estimular o desenvolvimento da pesquisa por meio de preparação de novos pesquisadores e assegurar o treinamento eficaz de técnicos e trabalhadores intelectuais do mais alto nível, para fazer face às necessidades do desenvolvimento em todos os setores (ALMEIDA; RODRIGUES; FUREGATO; SCOCHI, 2002, p.277).

É com a divulgação das pesquisas desenvolvidas por esse núcleo do conhecimento que a enfermagem ganha uma maior visibilidade, além de gerar maiores contribuições aos serviços oferecidos, utilizando agora os resultados de novas pesquisas para a sua prática profissional.

Os avanços são percebidos nos Programas de Pós-Graduação, considerados os maiores centros de produção de conhecimento científico, cuja prática de pesquisa em Enfermagem tem crescido qualitativa e quantitativamente. O aumento do número de Programas, bem como do volume e qualidade das publicações leva a um maior interesse pela pesquisa e busca de fomento. A demanda cada vez maior de solicitações de apoio do CNPq é resposta à necessidade de intensificar a produção de conhecimento nos Programas de Pós-Graduação, bem como de obter bolsas de formação (Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado, Doutorado Sanduíche) e bolsas de iniciação científica e apoio técnico para os projetos de pesquisa dos doutores pesquisadores (ERDMANN; MENDES; LEITE, 2007, pg. 124).

A contribuição da enfermagem na área de pesquisa em saúde no Brasil é de grande relevância, principalmente em função das experiências vivenciadas nessa categoria, as intervenções e tratamentos oferecidos podem ampliar a qualidade com o embasamento de pesquisas científicas. Algumas instituições como a Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto (EERP-USP) foram responsáveis pelos primeiros cursos de pós-graduação em enfermagem e se tornou responsável pelos primeiros estudos e grupos de pesquisa do Brasil.

A consolidação do ensino de Pós-Graduação foi um dos fatores determinantes do desenvolvimento da enfermagem brasileira. Na EERP-USP, a Pós-Graduação produziu impacto considerável na produção científica da área, permitindo elucidar várias lacunas do conhecimento da enfermagem e aprofundar muitas outras temáticas, garantindo, dessa forma, o seu espaço junto aos pares da comunidade científica. Esse novo conhecimento tem sido utilizado no ensino de graduação, renovando-o e atualizando-o, bem como na assistência de enfermagem e no setor saúde de forma geral, quando se tem oportunidade de melhorar a assistência de enfermagem prestada à população, promovendo-se a qualidade de vida. A produção de conhecimento gerada na Pós-Graduação tem contribuído para uma efetiva articulação entre a universidade e a sociedade, contemplando uma variedade de contextos da prática de enfermagem, desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos, reabilitação até o cuidado hospitalar de maior complexidade. (ALMEIDA; RODRIGUES; FUREGATO; SCOCHI, 2002, p.277).

O fato da pesquisa em enfermagem ser de natureza aplicada facilita que os recortes dos objetos de investigação de sua produção científica sejam aproximados dos problemas das práticas de saúde (ALMEIDA; SILVA; VILLA; et al, 2000, p.95). O aprofundamento dos estudos na enfermagem contribui com a formação desses profissionais, mas também com a sua visibilidade por meio das pesquisas e dos seus resultados aplicados na prática profissional.

A pós-graduação fornece um espaço para refletir e ampliar os saberes e as práticas de saúde, na sua dinâmica social e histórica, estimulando a produção de conhecimentos voltados para temáticas emergentes, às relações de gênero e saúde e também dos movimentos sociais. Essa nova forma de pensar, abordando não somente a questão biológica, mas também toda a questão social envolvida em um processo saúde doença é totalmente favorável para uma prática profissional mais

integra e consciente dos grandes desafios assistenciais (ALMEIDA; SILVA; VILLA; et al, 2000).

A maioria dos países da América Latina concentraram esforços e recursos financeiros nacionais e internacionais na formação e aprimoramento de enfermeiros em pesquisa, estudos metodológicos de investigação, avaliação de conhecimento, pesquisa aplicada, a fim de gerar conhecimentos para a própria categoria.

Hasta llegar aquí, ha pasado tiempo donde las enfermeras han ido conquistando espacios en el mundo académico y científico. Primero, fueron las teóricas de la enfermería, quienes elaboraron sus modelos y teorías de manera positivista, acorde a como en su época, se construía el saber científico. Luego, llegó el proceso de atención de enfermería, que propuso una revolución de la práctica y trabajo aparejado los diagnósticos de enfermería. Por último, el escenario actual, hecho de múltiples teorías, perspectivas, métodos, donde el conocimiento cualitativo está desarrollando teorías de rango medio, cercanas a la realidad, esto es: específica y situadas. Estas teorías nos muestran que en enfermería, la teoría es una base para la autonomía profesional y fuente para el conocimiento clínico (BENJUMEA, 2010, p.763).

No contexto da Saúde Coletiva a enfermagem tem um papel fundamental na sua construção que é interdisciplinar, assim a enfermagem deve assumir um núcleo de competências e responsabilidades, o cuidado. O cuidado agora se volta para o doente e não mais para a doença, atravessando subjetividades individuais e coletivas, que necessitam de saberes também interdisciplinares. (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO; 2001).

As pesquisas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil acompanham esses novos saberes e práticas da área, visando não apenas um olhar, uma atenção para a questão da doença, mas sim ampliando esse olhar também para a prevenção, para o cuidado e às peculiaridades individuais.

A própria institucionalização dos saberes e a organização das práticas ocorrem conforme sua organização em campo e núcleos. CAMPOS, (2000) Afirma que os núcleos são uma organização de conhecimento com uma formação de um determinado padrão concreto de compromisso com a mesma produção de valores e uso, assim em um núcleo ocorre de uma forma demarcada a identidade de uma área de saber e também da sua prática profissional, assim como ocorre com a Enfermagem.

A Enfermagem, como outras profissões, desenvolve conhecimentos e práticas comuns aos profissionais dessa área, arquitetando um núcleo de conhecimentos que pode se inserir em outros ambientes de estudos em um campo, tal como a saúde coletiva.

Saúde Coletiva é um campo de conhecimento que segundo CAMPOS (2000) é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca apoio intelectual para cumprir suas tarefas e práticas.

Os campos (filosófico, literário, artístico, jurídico, religioso, científico etc.) constituem mundos sociais idênticos, dotados de concentrações de poder e capital, monopólios, relações de força, conflitos e, ao mesmo tempo, universos de exceção, quase miraculosos, nos quais as máscaras da razão se encontram entranhadas na realidade das estruturas e das disposições. Cumpre, assim, focalizar as formas específicas de interesse, de energia, de pulsão, de investimento, que orientam os agentes em suas lutas pela conquista das moedas correntes em cada um deles (MICELI, 2003, p.72).

A Saúde Coletiva como um campo apresenta uma amplitude maior em relação ao núcleo da Enfermagem. No campo é possível captar posições produtoras de visões, obras e tomadas de ação a que correspondem classes de agentes providos de propriedades diferentes portadoras de posicionamentos também socialmente construídos (MICELI, 2003).

As necessidades de saúde são também histórica e socialmente determinadas, bem como referidas a uma sociedade. Elas não se apresentam como necessidades de saúde em geral e devem ser satisfeitas de forma específica por profissionais e instrumentais próprios, conforme o estabelecido pela sociedade em que se insere. (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001, p.237).

A produção do conhecimento na Enfermagem está aumentando com o decorrer do tempo, mas ainda existe a luta pelo espaço político-social. Também houve um aumento da prática de ações que incluem estudo de doenças, prevenções, tecnologias, acolhimento, humanização entre diversos pontos a serem explorados e passando pelas práticas e saberes da saúde coletiva.

Assim como as enfermeiras cresceram em qualidade e quantidade na prática investigativa, por outro lado, vazios de conhecimentos são perceptíveis, e as cobranças também são freqüentes. O impacto do que produzimos requer uma constatação mais precisa, como

também a necessidade de dar conta das prioridades da saúde, de produtos tecnológicos que propiciem uma resposta mais incisiva na melhoria da qualidade de vida, e mesmo de inovação que dê retorno econômico mais expressivo. O benefício econômico e social dos conhecimentos produzidos e aplicados na prática da Enfermagem é ainda um desafio para os gerentes das práticas investigativas na área da Enfermagem (ERDMANN; MENDES; LEITE, 2007, p.125).

A enfermagem tem caminhado para a formação de um corpo de conhecimento científico próprio, orquestrado por meio de estudos e pesquisas que possibilitam a sua definição como ciência. A pesquisa em enfermagem tem crescido substancialmente nos últimos anos, abrindo perspectivas do conhecimento em múltiplas direções (PADILHA, BORENSTEIN, 2005, p.583).

Além do evidente crescimento da contribuição dessa categoria profissional para a saúde da população em geral, essa área de conhecimento tem utilizado os complexos e atuais desafios como objetos de estudos. As questões relativas a doenças prevalentes, políticas públicas, cuidados de saúde, entre diversos outros temas, ganham seu espaço nas pesquisas. A pesquisa em enfermagem deve contemplar as necessidades individuais de cuidados e atenção à saúde, mas também pensar nas questões coletivas que podem atingir a maioria da população.

Pesquisar em saúde é pensar nas condições de moradia, transporte, saneamento, emprego, cultura, lazer e diversos fatores que dependem não apenas de uma política de saúde como também da interação de outras políticas sociais.

Research priorities in nursing must take into consideration individual and collective needs in health (clinical and public health), within macro and micro social environments. Studies should focus on the social structure that generates health or disease, without neglecting the presence of the actors subjective world (AGUDELO, 2004, p.587).

Juntamente com as doenças e problemas que afetam a qualidade e expectativa de vida da humanidade surgem as necessidades de novas alternativas, que busquem amenizar os agravos a saúde advindos com o novo estilo de vida dos tempos atuais.

Hoy la enfermería, necesita un conocimiento que le permita abordar, de manera eficiente y moral la complejidad y variedad de situaciones a las que se enfrenta; un conocimiento inductivo, cercano y situado (BENJUMEA, 2010, p.765).

Atualmente, a infra-estrutura científica da enfermagem no Brasil têm condições suficientes para ser reconhecida por apresentar importantes contribuições no processo de desenvolvimento econômico do país, propiciando a absorção de tecnologias dos países mais desenvolvidos. Resultados relevantes já têm sido divulgados em função dos diversos intercâmbios internacionais e nacionais entre diferentes instituições. Tais resultados têm contribuído para significativas melhorias na qualidade da gestão do cuidado em saúde, aprimorando o processo de formação profissional mais especializado e influenciando na construção das políticas públicas de saúde de relevância social (MENDES, 1991).

1. 2. O CAMPO DA CIÊNCIA TECNOLOGIA E SOCIEDADE

No final da Segunda Guerra Mundial, existia um espírito de confiança no poder da Ciência e da Tecnologia visando o progresso social. Nesse momento o objetivo da ciência era a reconstrução dos prejuízos causados pelas guerras e a retomada da economia, gerando uma esperança pautada no caráter bom da ciência e tecnologia, mantendo a imagem de “modelo linear e triunfalista” (LÓPEZ CERREZO, 1998).

O seguinte quadro relata de forma simplificada o progresso técnico e os paradigmas da ciência a partir do período da Segunda Guerra Mundial.

Paradigmas	Contextos	Modelo de mudança tecnológica	Vetores de escolha política	Tipos predominantes de pesquisa
A ciência como motor do progresso	Prestígio científico, cooperação	Modelo linear	Escolhas relacionadas à big science	Pesquisa básica
A ciência como solucionadora de problemas	Competitividade industrial	Modelo linear	Escolhas por meio do estabelecimento de prioridades vinculadas ao crescimento econômico e à competitividade.	Pesquisa aplicada
A ciência como fonte de oportunidade	Competitividade no âmbito da mundialização econômico-	Modelo não-linear, complexo incluindo	Escolhas relacionadas as oportunidades estratégicas;	Ênfase em pesquisa estratégica, interdisciplinar

estratégica.	financeira	diversos atores, instituições e processos	necessidades de longo prazo associadas, inclusive, à ciência básica	e colaborativa
--------------	------------	---	---	----------------

Quadro 1- Modelos explicativos do progresso técnico desde a Segunda Guerra Mundial e suas principais características. Fonte: GUIMARÃES, 2005, p.244

Com o passar dos anos essa visão foi se transformando e a ciência agora não é mais vista simplesmente como a fonte de resoluções de problemas, mas também passa por um olhar que busca entender os conflitos gerados por ela, além dos novos desafios que são apresentados juntamente com o seu desenvolvimento.

Com as constantes transformações, o surgimento de novos conhecimentos e juntamente com eles diferentes problemas sociais, a busca de compromissos estratégicos tem aumentado objetivando alcançar um melhor bem estar social.

A ampliação do intercâmbio de conhecimentos e a interação de diferentes abordagens, em espaços de articulação e diálogo entre Ciência, Tecnologia e a Sociedade, se mostram fundamentais por conta do aumento da complexidade dos problemas que a sociedade enfrenta atualmente, advindos dos múltiplos desafios de um mundo globalizado, sendo até difícil obter consenso sobre quais seriam os prioritários (MIOTELLO; HOFFMANN; 2008).

A procura atual é utilizar estudos e políticas públicas que possam minimizar as maiores dificuldades da sociedade, utilizando intervenções com embasamento científico.

Segundo Bourdieu (2004, p.21):

...é preciso escapar à alternativa da “ciência pura”, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da “ciência escrava”, sujeita de todas as demandas político-econômicas. O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve.

Com os desafios sócio-econômicos, as disputas comerciais entre diferentes países, restrições de comunicação em função das desigualdades sociais que dificultam o acesso a esses meios, a desafios educacionais e grandes desafios assistenciais na área da saúde; a procura por uma solução mais simplória dos

problemas é praticamente impossível, logo, algumas alternativas têm surgido visando amenizar essas problemáticas.

Atualmente o movimento evoluiu para um campo científico multidisciplinar marcado pelos estudos das tradições europeia, americana e latino-americana em CTS (Ciência, Tecnologia e Sociedade), com três linhas principais: pesquisa, políticas públicas e educação (MIOTELLO; HOFFMANN, 2008).

Segundo López Cerezo (1998), os programas de estudos em CTS foram elaborados utilizando três grandes direções, uma delas é a pesquisa; os estudos de CTS utilizam uma nova visão que considera essencial a contextualização do trabalho científico como um processo social. Outro parâmetro é a educação com uma área em que a CTS deve se inserir utilizando programas e pesquisas em CTS no ensino secundário e universitário. E finalmente as políticas públicas, que defendem a regulamentação pública da ciência e da tecnologia, com a promoção e estímulo ao desenvolvimento desse campo.

Outros autores como Vaccarezza (1998), colocam como principais problemas de estudo do campo CTS na América Latina os problemas de política científica e tecnológica, além de gestões de tecnologia, mudanças técnicas de empresas, processos de inovação, desenvolvimento de disciplinas e comunidades científicas, os vínculos entre a ciência e a produção, prospecção tecnológicas, impactos sociais gerados por mudanças tecnológicas.

Os estudos CTS constituem uma diversidade de programas de colaboração multidisciplinar que, enfatizando a dimensão social da ciência e da tecnologia, compartilham: a rejeição de ciência como atividade pura; a crítica da concepção da tecnologia como ciência aplicada e neutra; e a condenação tecnocracia (LÓPEZ CERESO, 2004, p.17).

Avaliar e refletir sobre o impacto gerado na vida da sociedade em relação as mudanças tecnológicas, inclusive a comunicação científica, faz parte de uma das áreas de estudo da Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Na sociedade moderna estabelece-se a relação entre a ciência e o desenvolvimento tecnológico. Essa mudança ocorreu com a aplicação da “ciência real a indústria, não mais tentativas e erros, não mais as idéias de inventores excêntricos, mas uma aplicação real e efetiva” (SNOW, 1995, p.45).

A forma como a ciência e a tecnologia influenciam e modificam a vida das pessoas é algo que deve ser estudado e considerado, inclusive como um fator que pode aumentar ou até mesmo diminuir esse tempo de vida da população . Esses estudos realizados precisam de uma fonte de comunicação para que possam ser disseminados e assim contribuir de uma forma mais efetiva nessas pesquisas.

Considerando que o periódico científico configura-se como veículo formal de comunicação entre os pares da comunidade científica e que diferentes estudos de periódicos têm sido conduzidos para determinar parâmetros mensuráveis sobre o comportamento da literatura científica, os aspectos quantitativos da produção de artigos, e a produtividade de autores, entre outros... (HAYASHI, 2008).

Dessa forma, estudar o perfil dos periódicos científicos vem contribuir para o desenvolvimento da Ciência e Tecnologia, podendo interferir diretamente em problemas enfrentados pela sociedade como as questões de saúde coletiva. Com os constantes estudos, pesquisas e modificações na área da saúde, cada vez mais se torna necessário estabelecer um olhar atencioso para os resultados das pesquisas, por meio de suas publicações nos periódicos da área de saúde.

A partir de 1980 cresceu a articulação entre os países em torno do fato de que a pesquisa na área da saúde é um importante instrumento para a melhoria das condições de saúde das populações e também, para a “tomada de decisões na definição das políticas e no planejamento em saúde” (BRASIL, 2004, p.48), o que tem contribuído positivamente às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde e diminuição das desigualdades sociais.

1. 2. 1. Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde

Segundo contribuições da 4ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, a Inovação é a apropriação do conhecimento de forma a gerar produtos/ serviços, processos que visam atender às demandas da sociedade. Como contribuição desse mesmo evento surge o anseio em promover a institucionalização da inovação, juntamente com a ciência e tecnologia. Fortalecer a ciência e tecnologia e reforçar a promoção de processos de inovação (PARANHOS; PALMA, 2010).

No Brasil, desde 1951, a principal instituição de fomento à ciência vem sendo o Conselho Nacional de Pesquisas, fundado naquele ano e que passou a organizar todo o esforço brasileiro de ciência e tecnologia, inclusive a pesquisa em saúde. Em 1972, quando se tornou secretaria-executiva do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, a Finep passou a dividir com o CNPq esta liderança, incorporando preocupações de fomento tecnológico. Em 1985, mesmo permanecendo as duas agências, essa responsabilidade foi transferida ao então criado, Ministério da Ciência e Tecnologia (GUIMARÃES, 2005, p.251).

O fomento científico e tecnológico no país foi liderado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, inclusive as atividades de pesquisa em saúde, cabendo à autoridade sanitária nacional uma atuação mais secundária nesse campo. Isso gerava uma dificuldade na articulação entre a pesquisa em saúde e a Política Nacional de Saúde, resultando em um não alinhamento entre a produção do conhecimento científico e as reais necessidades de saúde da população (GUIMARÃES, 2004).

A partir de 2003, há um importante esforço para que o Ministério da Saúde possa ocupar um lugar mais central na organização do empenho brasileiro de pesquisa em saúde. Para isso, várias medidas institucionais e financeiras foram tomadas, entre as quais se destacam o processo de construção de uma Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e a realização da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em julho de 2004. Deve ser mencionado também um esforço financeiro, traduzido no aumento da participação do ministério em ações de fomento extramurais, na cooperação com Ministério da Ciência e Tecnologia e com as agências estaduais de fomento à pesquisa (GUIMARÃES, 2005, p.252)

Com o Plano Plurianual do Governo Federal 2004-2007, ocorre um aumento dos recursos financeiros à pesquisa em saúde e também o fechamento do termo de cooperação técnica com o Ministério da Ciência e Tecnologia. Esse novo modelo de gestão, proposto na política, pressupõe a compreensão do sistema de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS), com atribuições para os diversos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como para os sistemas de saúde e C&T, envolvidos na formulação e implementação da (PNCTIS) Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (BRASIL, 2011).

Novas tecnologias trazem benefícios que podem não ser mensuráveis com resultados importantes sobre o aumento da expectativa e melhoria da qualidade de

vida da população, porém, também, juntamente com esse progresso podem gerar dilemas éticos, problemas conflituosos que devem ser pensados antes da implementação das políticas de inovação em saúde.

Segundo Brasil 2011, p.29:

Ao lado do progresso tecnológico, que sofre de maneira considerável as influências dos interesses de mercado, outros fatores igualmente importantes estão presentes no contexto da incorporação dessas novas tecnologias na assistência à saúde, entre as quais se salientam:

- a) a constante ampliação da rede assistencial a fim de atender o direito da população à saúde;
- b) o aumento da demanda, que vem em decorrência do aumento da população, da ampliação da oferta de novos serviços e da incorporação de novas tecnologias em saúde;
- c) as mudanças no perfil epidemiológico da população, sobretudo o envelhecimento populacional e o novo quadro de morbimortalidade por ela desenhado e;
- d) as necessidades de investimentos financeiros para a aquisição de equipamentos, infraestrutura e conseqüentemente de sua manutenção, determinadas pelas causas anteriormente mencionadas.

A pesquisa científica e tecnológica no SUS deve promover a segurança, equidade e garantir um bom funcionamento do sistema de saúde, devendo gerar resoluções que toda a população possa ter acesso.

Desse modo, como em diversas áreas, na área da saúde também tem ocorrido um processo de transformação e de inovação tecnológica; A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos. E com o passar dos anos, novas tecnologias médicas são colocadas à disposição do sistema de saúde e incorporadas na prática clínica, mas isso pode ocorrer até mesmo sem uma avaliação sistemática de sua eficácia e segurança. Os serviços de saúde, em especial, precisam ter uma abordagem regional, dado que a economia de escala é fundamental para um funcionamento racional das novas tecnologias e para sua adequada manutenção econômica. Isso porque sem um estudo e avaliação adequados pode ocorrer um investimento duplo para os mesmos fins, esse tipo de ocorrência somente gera gastos públicos que poderiam ser amenizados, além de uma atuação ineficiente do serviço (BRASIL 2011).

É cada vez mais relevante a elaboração de estudos envolvendo as tecnologias na área de saúde. A tecnologia pode atuar como uma ferramenta para a construção e solidificação do conhecimento, como também um meio de disseminação desses novos saberes. Investir no desenvolvimento de novas tecnologias na área de saúde é, até mesmo, uma forma de atender às novas políticas públicas.

“As evidências disponíveis hoje mostram que, com exceção da pesquisa orientada para fins militares, o setor saúde é aquele que mobiliza a maior quantidade de recursos financeiros para a pesquisa em nível mundial” (GUIMARÃES, 2008, p.291). Esse investimento financeiro pode ser atribuído ao fato das pesquisas em saúde visarem o seu impacto no estado de saúde da população, seja na promoção, ou recuperação do estado saudável do indivíduo.

Têm ocorrido investimentos dos órgãos de fomento, principalmente governamentais às pesquisas em saúde e em enfermagem e, portanto, têm pressionado os pesquisadores a uma melhor definição de seus estudos em consonância com as prioridades de pesquisa em saúde definidas pelo sistema de tecnologia e inovação. Neste sentido, “a enfermagem deve definir uma política de ciência, tecnologia e inovação que atenda aos critérios de fidelidade às suas especificidades, bem como às demandas sociais de um cuidado de qualidade” (ROCHA, OGATA, ARANTES, 2004, p.561).

Após a elaboração e implementação das políticas de inovação em saúde, como ocorre com as outras políticas, é necessário uma avaliação da sua efetividade para uma posterior adequação.

Na perspectiva de analisar a abrangência e a resolutividade das ações de fomento, bem como a utilização ou incorporação dos resultados/produtos das pesquisas financiadas no SUS, é fundamental a implantação de adequado processo de Acompanhamento e Avaliação (AA). O processo de monitoramento do financiamento de pesquisas é considerado indispensável para estabelecer articulações entre a produção de pesquisa e sua utilização. São utilizados dois mecanismos para AA das pesquisas: emissão de relatórios técnico-científicos e de execução financeira (parcial e final) e realização de seminários de acompanhamento e avaliação. Em alguns casos, por exemplo, nos projetos de desenvolvimento tecnológico, visitas são realizadas in loco com pareceristas e representantes das áreas técnicas envolvidas na temática do projeto (BRASIL 2001, p.34).

Para visualizar o Brasil como um país competitivo em Ciência, Tecnologia e Inovação, juntamente com um desenvolvimento sustentável, do ponto de vista econômico, ambiental e social, ainda requer mudanças de comportamento em todos os atores do sistema. Porém a realização de conferências, como a 4ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, com a participação de cientistas, políticos, empresários e gestores, se apresentam com mais um passo em direção a essa mudança (PARANHOS, PALMA, 2010).

A questão da tecnologia e inovação em saúde deve ser sempre pensada e ponderada, para que exista uma opção de escolha sobre a melhor forma e local para utilizá-la, possibilitando refletir sobre as modificações tecnológicas, seus impactos, bem como, o que pode ser amenizado no momento de utilizar ou desenvolver uma nova tecnologia.

Para Merhy (2007), as Tecnologias em Saúde podem ser classificadas de acordo com o seu papel no trabalho da saúde, sendo elas: leves, que são as tecnologias de relações, ou seja, a questão do vínculo com os pacientes estabelecendo uma tecnologia de relação, as ações de educação em saúde, as orientações individuais ou coletivas; acolhimento, gestão como uma maneira de governar os processos de trabalho, além da autonomização. As leve-dura, são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como os protocolos de pré-natal ou de hipertensão, que são oferecidos pelo município ou pelo próprio Ministério da Saúde, incluindo a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia e o taylorismo. Por fim as duras que envolvem equipamentos tecnológicos para ações de saúde, normas e também estruturas de organização.

“Para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, portanto, deve-se tomar, como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve, e os seus modos de articulação com as outras (MERHY, 2007 p.121)”.

O interesse pelo desenvolvimento científico e tecnológico de pesquisas em saúde tem sido crescente no Brasil, buscando estabelecer uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, identificando prioridades em pesquisa e desenvolvimento tecnológico pautadas em três princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

De acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, o que significa que essa política deve considerar as necessidades nacionais e regionais de saúde da população brasileira e ser capaz de aumentar a indução seletiva, visando à produção de conhecimentos e bens materiais e processuais voltados para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2011, p.71)

Duas Conferências Nacionais de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde foram realizadas, em 1994 e em 2004. Elas foram marcantes para o crescimento do debate sobre a pesquisa em saúde e sua relação com as políticas de saúde adotadas contribuindo, de forma efetiva, à formulação das diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (GUIMARÃES, 2004).

A PNCTI/S deve também organizar os sistemas de informação em Ciência e Tecnologia em Saúde, que armazenem o conhecimento sobre a situação geral da produção científica e tecnológica existente, capacidade institucional instalada de recursos humanos, bem como, projetos em andamento; avaliar as inovações tecnológicas em saúde quanto a sua eficácia, efetividade e custos, antes de sua incorporação pelos serviços e definição de mecanismos de estímulo à participação do setor produtivo no desenvolvimento científico e tecnológico do setor saúde (BRASIL, 2004).

Essa Política, como outras, abrange diversos fatores, desde a organização dos sistemas de informação dessa área, verificando o que está sendo produzido nessa temática, além das análises que são rotineiras como observar projetos em andamento, pesquisadores, possíveis recursos humanos nesse campo, o financiamento e fomento para a elaboração das pesquisas.

No âmbito da PNCTIS, cabe destacar a iniciativa aprovada na 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (2ª CNTIS), de se promover uma política nacional de gestão de tecnologia em saúde. O seu objetivo é orientar os formuladores e gestores do sistema de saúde no processo de decisão relacionados à avaliação, incorporação, utilização, difusão e retirada de tecnologias no Sistema Único de Saúde. A política de gestão de tecnologias em saúde, tomando por base o ciclo de vida da tecnologia, pretende promover os mecanismos que permitam a facilitação do processo de inovação, incorporação, monitoramento, difusão e análise da obsolescência das tecnologias utilizadas no sistema de saúde. A etapa inicial dessa política prioriza a avaliação e a incorporação da tecnologia no sistema com base na aplicação de

critérios científicos e técnicos aceitos pelo diferentes gestores (BRASIL, 2011, p.72).

A PNCTI/S deve pautar-se no compromisso ético e social da melhoria das condições de saúde da população brasileira a curto, médio e longo prazo. Nesse viés, utiliza os princípios básicos da busca da equidade em saúde, respeito à vida, dignidade das pessoas e também mantendo a pluralidade metodológica. As PNCTI/S visam minimizar as desigualdades no campo da saúde, valorizando a vida humana e os princípios éticos, além de manter a abertura a todas as abordagens metodológicas disponíveis e adequadas ao avanço do conhecimento e soluções dos problemas científicos e tecnológicos, com a valorização das diferentes áreas do conhecimento da saúde, respeitando suas definições de rigor metodológico (BRASIL, 2004).

Como estratégias de atuação a PNCTI/S utiliza a sustentação e fortalecimento do esforço nacional em ciência, tecnologia e inovação, criação do sistema nacional de inovação em saúde, criação da agenda de prioridade de pesquisa e também desenvolvimento tecnológico em saúde, superação das desigualdades regionais, aprimoramento da capacidade regulatória do Estado, difusão do avanço científico e também tecnológico além da formação e da capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2004).

Também foi criado um Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CCTI) pelo Ministério da Saúde, com a idéia de gerar uma melhor articulação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia (e as necessidades da população que são contempladas por essa política); e pesquisas desenvolvidas por instituições e pela academia. Visa também utilizar evidências científicas e tecnológicas nas tomadas de decisões pelo SUS; gerar uma agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde, capaz de orientar para onde devem ser destinados os fomentos de pesquisa, além de coordenar ações de fomento em pesquisa de ciência, tecnologia e inovação por meio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A idéia do Conselho é garantir o vínculo das reais necessidades de pesquisa, que devem ser contempladas na agenda de prioridades de pesquisa, com a prática

da produção científica, esse visa efetivar a atuação e incorporação das tecnologias como pauta para pesquisas.

Os objetivos principais das PNCTIS são desenvolver produtos e objetos de produção, aumentar o fluxo de conhecimento científico e tecnológico em instituições de pesquisa e serviços de saúde, promover do uso da pesquisa científica e tecnológica como uma das fontes mais importantes na elaboração de instrumentos de regulação, de incorporação e adoção de tecnologias, nas três esferas do governo (BRASIL, 2011).

1. 2. 2. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

A construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde é um processo técnico e político que envolve o conjunto dos atores sociais comprometidos com a PNCTIS (Política Nacional Ciência Tecnologia Inovação e Saúde) gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, usuários agências de fomento, órgãos formadores, pesquisadores, o setor produtivo e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2005 p.27).

Na construção de uma agenda de pesquisas todas as necessidades do nível nacional ao local devem ser consideradas, além de vários segmentos que devem acompanhar sua elaboração e implementação. Esta deve ser baseada em conhecimentos científico e tecnológico que devem ser eficientes, levando em conta também os princípios do SUS, além das peculiaridades regionais. Essa agenda deve orientar o fomento no âmbito do SUS, além de se tornar um dos critérios à aprovação de projetos, também tem o papel de evidenciar pontos para pesquisas que possam gerar algumas soluções para os problemas do sistema de saúde e da população.

“Existe uma proposta de direcionamento da pesquisa aos problemas mais relevantes para a economia e para a sociedade, que resultem em impacto social e econômico imediato” (MENDES, 1992, p.16).

Atualmente, já é mais clara a visão da necessidade de pesquisar temas que são relevantes para a saúde e bem estar da população e não simplesmente temas que os pesquisadores se interessem em estudar. Essa visão, mais objetiva, é pressionada até mesmo pelo fator econômico, que exige uma limitação das linhas de pesquisa para melhor direcionar os gastos.

A política de comunicação em saúde deve ser contemplada no período de pós-construção da agenda, visando apoiar e incentivar as iniciativas que favoreçam a divulgação científica para pesquisadores, empresários, profissionais da saúde, gestores e para a sociedade civil em geral, com a finalidade de gerar uma apropriação social dos benefícios da ciência, tecnologia e inovação em saúde. Com esses procedimentos é possível buscar garantir o espaço nos meios de comunicação, através de revistas, artigos, manuais se possível também utilizando uma linguagem mais acessível para a população (BRASIL, 2005).

O processo de construção e implementação da Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde faz parte de um processo político no qual ocorre uma ampla participação de diferentes atores sociais, gerando também distintos interesses e formas de atuação na saúde. A idéia é também que as prioridades de pesquisa estejam em consonância com os princípios do SUS, para a construção e cumprimento das seguintes etapas (BRASIL, 2008):

A primeira foi a questão das condições de vida e a situação de saúde da população; para isso foi solicitado aos especialistas que contribuíssem com textos sobre as condições e políticas de saúde. A segunda etapa foi a definição da sub agenda de pesquisa, que envolve vários campos disciplinares e ajuda a formar os temas que são prioridades de pesquisa. A terceira etapa foi a definição dos temas de pesquisa, visando colocar temas que fossem relevante para a sociedade, porém com a consciência de que nem todos os problemas enfrentados pela sociedade na área da saúde apresentassem uma solução que é definida por uma pesquisa, com seus conceitos e aportes metodológicos.

Foi realizada uma consulta pública que pôde ser acessada no período de 23 de março até o dia 8 de maio de 2004. A última etapa foi a 2ª Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde, esse foi um espaço para subsidiar a discussão a nível regional, municipal, estadual, dessa forma foi elaborada a última versão da agenda.

“Atualmente ciência e a possível popularização desta já fazem parte da agenda pública, isso é evidenciado pela própria criação de um departamento formal dentro do governo para lidar com ciência” (DAGNINO, NEVES, LIMA, 2008).

A construção da agenda é fundamental para determinar quais são, realmente, os temas que devem ser priorizados nas pesquisas em saúde, porém o estudo do

que foi produzido a partir dela também é importante para evidenciar suas possíveis lacunas e conhecer os resultados dessas pesquisas previamente determinadas.

Uma forma de conhecer os resultados das pesquisas elaboradas a partir do período de implementação das prioridades de pesquisa realizadas a partir da elaboração da agenda pública, são os estudos da própria comunicação científica. A comunicação científica faz parte do próprio desenvolvimento da ciência, favorecendo a possibilidade de contato entre os pesquisadores e seus feitos.

Realizar o estudo da produção científica possibilita conhecer e caracterizar as tendências e lacunas da ciência (PRICE, 1976). Essa comunicação científica é fundamental para divulgar o conhecimento e atender as necessidades de novas descobertas, que possam melhorar a vida da população. Porém é necessária uma análise do que está sendo publicado, suas temáticas, os periódicos onde se concentram as publicações e quem são os autores que contribuem para essa divulgação do conhecimento.

Essa avaliação científica não é algo recente, já que a necessidade de questionar as publicações surgiu com a invenção da imprensa no século XV, quando houve grande aumento na disponibilidade de textos impressos na Europa (PRICE, 1976).

2. JUSTIFICATIVA

Uma forma de estimar o esforço dos países com pesquisa é contabilizar seus resultados; bons instrumentos para isso são as publicações científicas e tecnológicas. (GIOVANELLA et al., 2008).

São por meio dos estudos realizados sobre as publicações que podemos conhecer melhor o perfil das pesquisas, seus temas, a forma que trabalham e se desenvolvem, bem como a suas contribuições podem gerar resultados na atuação dos profissionais que a utilizam.

Os periódicos científicos constituem-se no instrumento indispensável para impulsionar a difusão social, do conhecimento científico e tecnológico, e o meio mais aceito para essa divulgação é o artigo científico (ALBORNOZ, 2006).

Assim, como em outros países em desenvolvimento, também no Brasil ainda existem grandes lacunas entre as atividades de pesquisa e as de produção, mesmo com o surgimento de políticas públicas que visem melhorar os indicadores sociais e de saúde, por meio dos incentivos em temas de pesquisa que são considerados prioritários. Estes são desafios que ainda não foram alcançados como uma melhor atenção na saúde de determinadas parcelas sociais.

Os resultados do desenvolvimento científico nem sempre são transformados em produção tecnológica. Mesmo quando transformados, nem sempre se tornam acessíveis aos profissionais e usuários, esse fato impulsiona uma maior investigação da aplicação das prioridades de pesquisa, principalmente, a partir da implementação da nova política pública.

A ciência é uma formadora de estudos e contribuições que influenciam diretamente nas perspectivas de atuação em saúde, assim como a agenda política e, posteriormente, as políticas públicas também são capazes de favorecer o desenvolvimento do trabalho em saúde e o bem estar social da população.

No Brasil, ainda são escassas as pesquisas (e, sobretudo, pesquisas qualitativas) que procuram conhecer como os profissionais da saúde em geral (e de grupos profissionais específicos como o de enfermagem) acessam, recuperam, compreendem, assimilam e utilizam as informações científicas e tecnológicas disponíveis e se estas produções estão contribuindo para uma melhoria nas ações gerenciais e de cuidado em saúde. São necessárias, portanto, mais pesquisas que procurem examinar, além do que está sendo produzido, as compreensões da informação científica e tecnológica por este público, no sentido de fornecer subsídios para o seu próprio provimento adequado (OGATA et al, 2007, p.7).

Compreendendo a relevância dessa discussão, a ideia é gerar melhores contribuições acerca dos resultados das pesquisas realizadas a partir da construção da agenda e, assim, evidenciar pontos que podem ser reforçados na pesquisa mediante a análise do que se tem produzido, visando, posteriormente, auxiliar na produção dos novos estudos em enfermagem.

Justifica-se a presente pesquisa pela relevância que as políticas de saúde assumem no país e a sua interferência direta em grupos de atuação como a enfermagem. Uma vez que a produção de enfermagem visa dar soluções para grupos populacionais, seus resultados e sua atuação podem influenciar diretamente no bem estar social e na resolução de possíveis problemas. Essa produção é

analisada na saúde coletiva em função das ferramentas oferecidas por esse campo do conhecimento para o trabalho da categoria de enfermagem, como a integralidade e a humanização em saúde.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar como se configura o campo de produção científica na enfermagem em saúde coletiva no Brasil e sua relação com as prioridades de pesquisa em ciência, tecnologia e inovação na área da saúde. *Objetivos específicos:*

- Caracterizar a configuração da produção científica da enfermagem em saúde coletiva no Brasil, e sua relação com as prioridades de pesquisa em saúde.
- Identificar se as pesquisas realizadas contemplam os desafios estipulados pela agenda de pesquisa.

4. METODOLOGIA

4. 1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva.

4. 1. 1. Primeira Etapa: Levantamento bibliográfico

Realizou-se um levantamento bibliográfico dos referenciais teóricos: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, pesquisa em saúde e em enfermagem em saúde coletiva no Brasil, o campo da ciência, tecnologia e sociedade; e ferramentas automatizadas de análise quantitativa bibliométrica de dados.

4. 1. 2. Segunda Etapa: Análise bibliométrica

Procedeu-se à organização da coleta de informações e análise para o primeiro objetivo específico, que se constituiu da caracterização da produção científica em enfermagem em saúde coletiva, utilizando o referencial da análise bibliométrica.

Os estudos bibliométricos têm por objeto o tratamento e análise quantitativa das publicações científicas. Desse modo, fazem parte os “estudos sociais da ciência” e entre suas principais aplicações se encontra a área de política científica. Esses estudos complementam, de maneira eficaz, as opiniões e juízos emitidos pelos especialistas de cada área, proporcionando ferramentas úteis e objetivas nos processos de avaliação dos resultados da atividade científica.

No Brasil, os estudos bibliométricos proliferaram na década de 1970, principalmente com os estudos realizados no Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação – IBBD, hoje Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica, IBICT (ARAUJO 2006).

O objetivo da bibliometria é oferecer uma idéia do estado da arte e da evolução da ciência, da tecnologia e do conhecimento e nesse sentido é mais que uma lista de referências de trabalhos utilizados, fornecendo um quadro dos temas de pesquisa que entusiasma os pesquisadores e dão uma idéia do conteúdo e da estrutura da pesquisa (HAYASHI, 2004, p.87).

A Bibliometria é uma ferramenta estatística que permite mapear e gerar diferentes indicadores de tratamento e gestão da informação e do conhecimento, especialmente, em sistemas de informação e de comunicação científicos e tecnológicos, bem como de produtividade, necessários ao planejamento, avaliação e gestão da ciência e da tecnologia, de uma determinada comunidade científica ou país (GUEDES; BORSCHIVER; 2011).

Com base na necessidade de categorizar a produção científica de enfermagem, optou-se por abordar o tema no campo da bibliometria em que se examinam os hábitos de trabalho em colaboração dos distintos agentes do sistema Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, e neste estudo, especificamente da enfermagem, como está visível por meio das publicações científicas. Com essa primeira etapa identificam-se os periódicos estudados, os artigos publicados referentes ao tema, os autores e sua frequência nessas publicações, isto é, os

períodos de publicações. Nesse viés, as palavras-chave apresentam-se como um fator que pode ou não contribuir para uma boa localização dos artigos.

Para o alcance do segundo objetivo serão analisadas também as dimensões metodológicas. Segundo Gil (1991) as dimensões podem ser categorizadas por Natureza que pode ser aplicada ou básica, a primeira gera um conhecimento para aplicações práticas e soluções de problemas, já a segunda fornece um conhecimento sem essa aplicação prática. A Forma de Abordagem, que pode ser qualitativa, visa interpretar fenômenos e atribuir significados. Já a quantitativa direciona-se a traduzir, em números, opiniões e informações para classificá-los e analisá-los. Por fim a quantiqualitativa possui as características anteriores de maneira concomitante. Os objetivos também são diferentes em cada pesquisa. No caso da pesquisa exploratória, essa proporciona uma maior familiaridade com o problema para explicitá-lo ou construir hipóteses. Na pesquisa descritiva, o objetivo é descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Na pesquisa exploratória, descritiva explicativa, o objetivo é apresenta as características das duas pesquisas, visando identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos.

Posteriormente, também, foram identificadas as Tecnologias em Saúde envolvidas nos estudos e na abordagem metodológica. Para a operacionalização dessa etapa do estudo foram estabelecidas as seguintes ações:

- Elaboração de revisão bibliográfica sobre Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e pesquisa na área de Enfermagem em Saúde Coletiva, prioridades de pesquisa em saúde, ferramentas bibliométricas e metodologia científica.
- Coleta de dados à caracterização das produções científicas na área de enfermagem, em saúde coletiva e sua relação com a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (ver anexo I).

Considerando que o foco desta etapa foi as publicações nacionais, para esta coleta utilizou-se da Biblioteca Eletrônica Scielo, fruto de um projeto de pesquisa da Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) em parceria com a Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde). Sendo que desde 2002 o projeto conta também com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). A Scielo é uma biblioteca eletrônica que

abrange uma coleção selecionada de 197 periódicos científicos brasileiros. Esse acesso é uma das formas na qual a tecnologia pode atuar favorecendo a organização e disseminação do conhecimento científico em todas as áreas do conhecimento.

Esta etapa do estudo procedeu-se da seguinte forma:

- Seleção de periódicos nacionais de enfermagem, Revista Texto & Contexto, Revista de Enfermagem da USP, Revista Anna Nery, Revista Latino Americana de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem e Revista Gaúcha de Enfermagem, visando contemplar os melhores Qualis, que é uma medida de qualidade dos artigos e de outros tipos de produções com base nos periódicos científicos, a partir de um conjunto de critérios e procedimentos utilizados pela Capes.
- Antes de selecionar os artigos da área de saúde coletiva realizou-se uma consulta DECS (Descritores em Ciência da Saúde) para definição de palavras-chave referente às temáticas de pesquisa. No caso de frases encontradas como temáticas de pesquisa, estas foram desmembradas, mas de forma a manter o mesmo sentido. As temáticas que não apresentavam conceitos explícitos foram consultadas a partir do próprio documento (ver Anexo I).
- Seleção de artigos de enfermagem em saúde coletiva do período de 2004 (homologação da Política de Prioridades de Pesquisa em Saúde) até 2011.
- Através das informações contidas nos artigos foi elaborada uma tabela no Excel, contendo informações como: nome do artigo, periódico, autores, ano de publicação e todas as palavras-chave encontradas em cada artigo, além do título, resumo, entre outros.
- Essas informações foram processadas no Software Vantage Point, o que permitiu, até o momento, identificar os autores que mais publicam, os periódicos de publicação e com mais artigos nessa temática, se houve crescimento com o passar do tempo, a coerência das palavras-chave utilizadas para selecionar esse tipo de artigo, entre outras, visando à

organização dos resultados obtidos para posterior análise e interpretação.

- Com as temáticas descritas no site do Ministério da Saúde foi possível relacionar os artigos estudados com os temas que são considerados prioridade de pesquisa e, assim, verificar se as publicações em saúde pública estão abordando as novas políticas de saúde.

4. 1. 3. Terceira Etapa: Análise da produção científica e as prioridades de pesquisa em saúde

Nesta etapa, a partir da análise dos resumos foram, identificadas quais as tecnologias em saúde abordadas nas pesquisas, de acordo com o referencial de Merhy (1997) e a partir dos objetivos, se os eixos abordados estão contemplados nas áreas das prioridades de pesquisa em saúde da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Os critérios para análise das publicações foram os objetivos de cada pesquisa, a leitura dos resumos e, quando necessário, dos artigos na íntegra, visando identificar qual a tecnologia em saúde utilizada.

5. RESULTADOS

As áreas temáticas apontadas como prioridades de pesquisa são: saúde indígena; saúde mental; saúde do idoso; violência acidente e trauma; saúde da população negra; doenças não transmissíveis; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; necessidades especiais; alimentação e nutrição; bioética e ética; pesquisa clínica; complexo produtivo da saúde; avaliação de tecnologias e economia da saúde; epidemiologia; demografia da saúde; saúde bucal; promoção da saúde; doenças transmissíveis; comunicação e informação em saúde; gestão do trabalho e educação em saúde; sistemas e políticas de saúde; saúde, ambiente, trabalho e biossegurança; assistência farmacêutica. Consultando o DECS foram encontradas as seguintes definições para estas áreas:

- *Saúde Indígena*: Saúde que contempla os aspectos de assistência, como o saneamento básico, a nutrição, a habilitação, o meio ambiente, a demarcação de terras, a educação sanitária e a integração institucional. Este tipo de assistência possui uma abordagem diferenciada e global.
- *Saúde Mental*: É o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, é capaz de trabalhar produtivamente e está apto a contribuir com sua comunidade. É mais do que ausência de doença mental.
- *Saúde do Idoso*: Refere-se à saúde e bem-estar das pessoas de idade avançada e à prestação de cuidados de saúde adaptados aos problemas especiais dessas pessoas. A saúde na terceira idade depende, sobretudo, dos cuidados no passado.
- *Violência, Acidente e Trauma*_(para localizar essa descrição foi necessário desmembrar os termos e assim foi possível localizar): *Violência*: Comportamento agressivo individual ou grupal que não é aceitável socialmente, turbulento e muitas vezes destrutivo. Ele é precipitado por frustrações, hostilidade, preconceito, etc. Com as outras duas palavras os termos não foram localizados.
- *Saúde da População Negra*: Indivíduos cujas origens ancestrais estão no continente africano.
- *Doenças não transmissíveis*: não consta nos descritores, porém segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa são consideradas doenças como Hipertensão Arterial, Diabete Mellitus, Obesidade, Doenças respiratórias, neoplasias entre outras.
- *Saúde da Criança e do adolescente*: (Saúde da Criança) Engloba ações: saúde das mães, recém-nascidos e crianças da primeira infância - tópicos que estão intimamente relacionados aos cuidados das mães em sua saúde reprodutiva e condições nutricionais; nutrição para o melhor desenvolvimento, redução drástica dos casos de doenças transmissíveis que podem ser prevenidas, por meio de três atividades: programas estendidos de imunização; monitoramento integrado de doenças da infância; e prevenção da transmissão de mãe para filho do vírus HIV. (Saúde do Adolescente) Enfoca o crescimento e desenvolvimento,

doenças dermatológicas e emocionais, enfermidades do aparelho circulatório, moléstias infecciosas e parasitárias e até a violência entre adolescentes. Com ênfase na sexualidade, aborda três perspectivas: amadurecimento biológico para reprodução, aspectos psico-emocionais envolvidos com o exercício da sexualidade e os 'riscos' oriundos da prática sexual. Tem como apoio a ação de equipe multidisciplinar (enfermeiro, assistente social, médico, nutricionista).

- *Saúde da Mulher*: Conceito que alberga as condições física e mental das mulheres.
- *Necessidades especiais*: localizado no DECS como pessoas com deficiência; Pessoas com inaptidão física ou mental que afeta ou limita suas atividades de vida diárias e que podem requerer acomodações especiais.
- *Alimentação e Nutrição*: como alimentação, segundo o Novo Dicionário Aurélio, é o "ato ou efeito de alimentar (se)" ou ainda "abastecimento, provimento, fornecimento". A palavra nutrição somente é localizada juntamente com outros substantivos apresentando diferentes significados.
- *Bioética e Ética*: Bioética; Ramificação da ética aplicada que estuda as implicações de valor de práticas e desenvolvimentos nas ciências da vida, medicina e cuidados de saúde. Ética; Filosofia ou código que diz respeito ao que é ideal no caráter e na conduta humana. É também o campo de estudo que trata dos princípios da moralidade.
- *Pesquisa Clínica*: pelo DECS é considerado sinônimo de Pesquisa Biomédica; Pesquisa que envolve a aplicação das ciências naturais, especialmente a biologia, fisiologia à medicina.
- *Complexo produtivo da saúde*: nenhuma definição foi encontrada nos descritores, porém segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa são considerados Ensaio Pré-Clinico, Clínicos e de Intervenção Terapêutica, Vacinas; Inovação e Desenvolvimento Tecnológico-Vacinas.
- *Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde*: Tecnologia; A aplicação de conhecimento científico para propósitos práticos em qualquer campo. Inclui métodos, técnicas e instrumentação. Economia da Saúde; Refere-se aos aspectos de alocação de recursos financeiros no campo da saúde,

ao estabelecimento de prioridades dos investimentos (definição de programas ou ações prioritárias), visando à sustentação ou estabilidade financeira do sistema de arrecadação e repasse de um nível central para níveis periféricos ou regionais.

- *Epidemiologia*: Usado com doenças humanas e animais para a sua distribuição, fatores causais e características em populações definidas. Inclui incidência, frequência, prevalência, surtos endêmicos e epidêmicos e levantamentos ou estimativas de morbidade em áreas geográficas e populações específicas. Usado também com descritores geográficos para a localização de aspectos epidemiológicos de uma doença. Exclui mortalidade para o qual existe qualificador específico.
- *Demografia e Saúde*: Demografia; Ciência e prática que lida com análises estatísticas e matemáticas de dados sobre populações - tamanho, composição e distribuição espacial, bem como causas e consequências de mudanças na fertilidade, mortalidade, casamentos e migrações.
- *Saúde Bucal*: Saúde bucal é um conjunto de condições biológicas e psicológicas que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e, também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.
- *Promoção da Saúde*: Promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país.
- *Doenças Transmissíveis*: Doença causada por um agente infeccioso ou suas toxinas através da transmissão deste agente ou seus produtos, do reservatório ou de uma pessoa infectada ao hospedeiro suscetível, quer diretamente por meio de uma pessoa ou animal infectado, quer

indiretamente através de um hospedeiro intermediário vegetal ou animal, por meio de um vetor, ou através do meio ambiente inanimado.

- **Comunicação e Informação em Saúde:** Transferência de informação dos peritos nas áreas de medicina e saúde pública para os pacientes e o público. Estudo e uso de estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e comunitárias que promovem saúde. É disponibilizar para a população informação sobre promoção, prevenção e assistência à saúde.
- *Gestão do Trabalho e Educação em Saúde:* A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente. Gestão do trabalho não consta.
- *Sistemas e Políticas de Saúde:* Conjunto de ações, disposições legais e orçamentárias geradas no marco de procedimento e instituições governamentais. São legitimadas através de legislações ou regulações e promovem mudanças no comportamento de instituições e indivíduos em relação a um problema setorial ou temático.
- *Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança:* Trabalho; atividade com fim determinado: emprego e gasto energético; esgotamento profissional também está disponível. Biossegurança; exposição a contaminantes biológicos, risco ante agentes biológico, risco por agente biológico.
- *Assistência Farmacêutica:* serviços farmacêuticos totais oferecidos por farmacêuticos qualificados. Além da preparação e distribuição de produtos médicos, podem incluir serviços de consultoria para agências e instituições que não possuem farmacêutico qualificado. Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização,

na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A área temática “Complexo produtivo da saúde” não foi encontrada como descritor. Segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa são considerados nesta temática os Ensaio Pré-Clínicos, Clínicos e de Intervenção Terapêutica, Vacinas; Inovação e Desenvolvimento Tecnológico-Vacinas.

Outra área temática não encontrada nos DECs foi “Doenças não transmissíveis”. Segundo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (Anexo 1) são consideradas doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias, neoplasias, entre outras.

Foram selecionados sete periódicos de enfermagem com Qualis avaliado pela enfermagem entre A2 e B1, (consulta em 2011) esse foi verificado através do portal da CAPES. O quadro abaixo mostra a relação do Qualis da Enfermagem.

Tabela 1- Qualis dos periódicos selecionados

Periódicos	Qualis / Enfermagem
Texto & Contexto	A2
Escola de Enfermagem da USP	A2
Latino Americana de Enfermagem	A2
Acta Paulista de Enfermagem	A2
Escola Ana Nery	B1
Brasileira de Enfermagem	B1
Gaúcha de Enfermagem	B1

Fonte: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>

O acesso a cada periódico foi realizado utilizando o portal da Scielo. A partir da busca por palavras-chave, das áreas temáticas, foram encontrados 734 artigos com coleta de 2004 a 2011 e sua distribuição nos periódicos está demonstrada na figura abaixo:

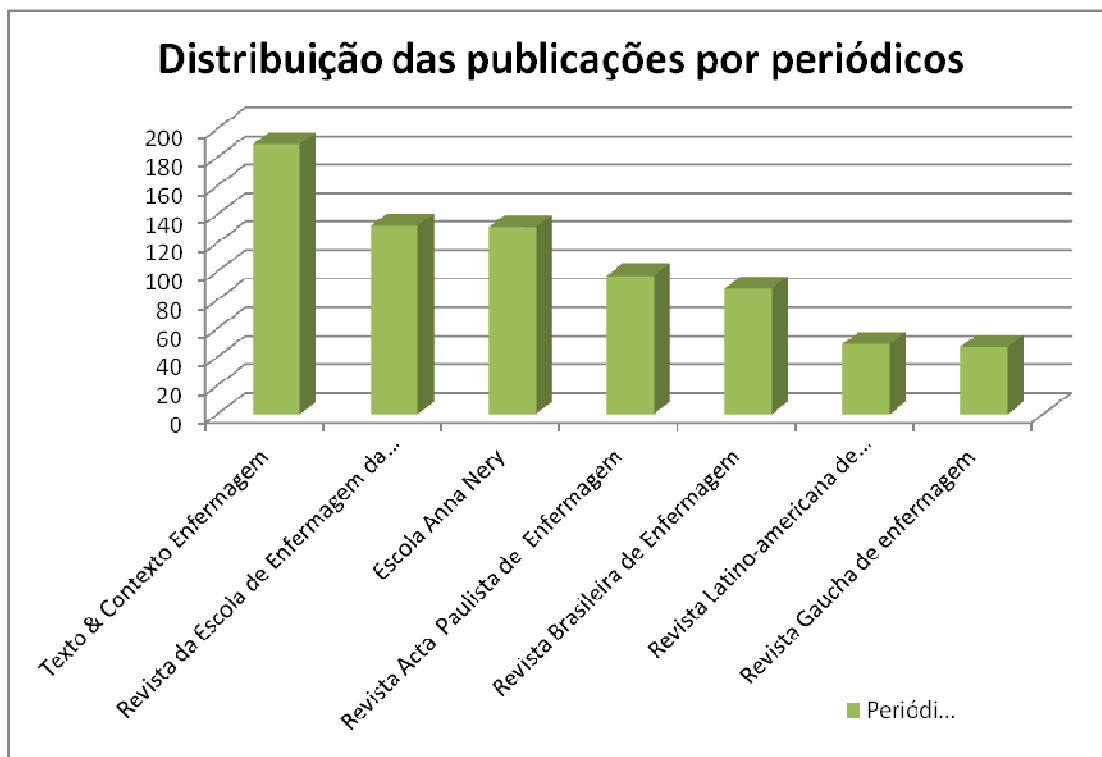


Gráfico 1- Distribuição das publicações por periódicos

Com esse recorte temporal e essas temáticas, as contribuições para o total dos artigos selecionados foram demonstradas no gráfico acima com uma maior contribuição da revista Texto & Contexto em Enfermagem.

A próxima tabela evidencia o tema mais encontrado em cada periódico e sua contribuição porcentual.

Tabela 2- Distribuição de Temáticas em cada Periódico

PERIODICOS	PRIORIDADES	PORCENTAGEM	TOTAL DE ARTIGOS
------------	-------------	-------------	------------------

Revista da Escola de Enfermagem da USP	Saúde da Mulher	24,20%	132
Escola Anna Nery	Saúde da Mulher	22,10%	131
Revista Acta Paulista de Enfermagem	Doenças Não Transmissíveis	20,60%	97
Revista Brasileira de Enfermagem	Saúde Mental	19,30%	88
Texto & Contexto Enfermagem	Saúde Mental	15,80%	190
Revista Latino-americana de Enfermagem	Saúde Mental	22,40%	49
Revista Gaucha de enfermagem	Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	21,20%	47

Consultando o endereço eletrônico de cada periódico podemos encontrar a missão de cada um deles. O periódico Texto & Contexto trata-se de uma revista do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e relata se dedicar a publicação de artigos da área da saúde, em especial da enfermagem, visando à divulgação da prática, ensino e pesquisa em saúde em enfermagem.

O periódico da Escola de Enfermagem da USP apresenta a missão de fomentar a produção e a disseminação do conhecimento da Enfermagem e áreas correlatas, visando uma interlocução internacional.

O periódico da Escola Anna Nery é considerado o órgão oficial de difusão científica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, publicando artigos de enfermagem, saúde e outras áreas afins.

O periódico Acta Paulista de Enfermagem pertence à Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, apresenta informação especializada e objetiva publicar trabalhos científicos na área da saúde que sejam capazes de contribuir para o desenvolvimento do campo profissional.

A Revista Brasileira de Enfermagem é o órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem, esse periódico visa divulgar a produção científica das diferentes áreas do saber que sejam de interesse da Enfermagem, incluindo os projetos políticos da Associação.

Revista Latino Americana de Enfermagem é o órgão oficial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que busca publicar pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área da saúde.

Revista Gaúcha de Enfermagem foi criada com a ideia de proporcionar aos enfermeiros do sul do país um veículo de divulgação dos seus trabalhos. Busca publicar artigos originais, dissertações ou teses. Para visualizar melhor o foco de cada periódico dentro dessa pesquisa estão representados os temas mais prevalentes por periódico.

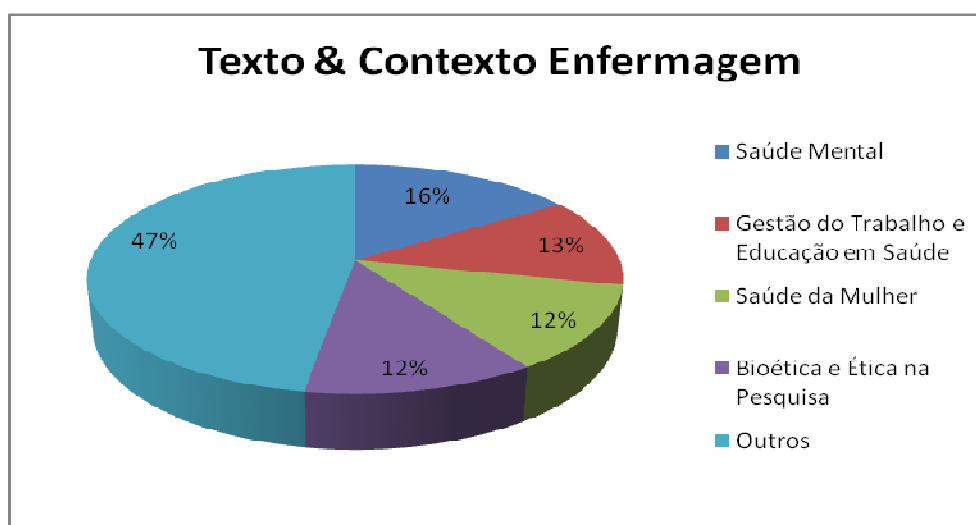


Gráfico 2- Periódico Texto & Contexto Enfermagem e suas contribuições

Os artigos encontrados no periódico Texto & Contexto Enfermagem foram contribuições bem diversificadas de acordo com as temáticas procuradas. O gráfico demonstra que 47% das publicações entraram na categoria de outros, incluindo várias prioridades com um número relativamente pequeno de cada uma delas. Saúde Mental aparece logo em seguida como a prioridade que consegue obter uma maior representação com 16% do total.

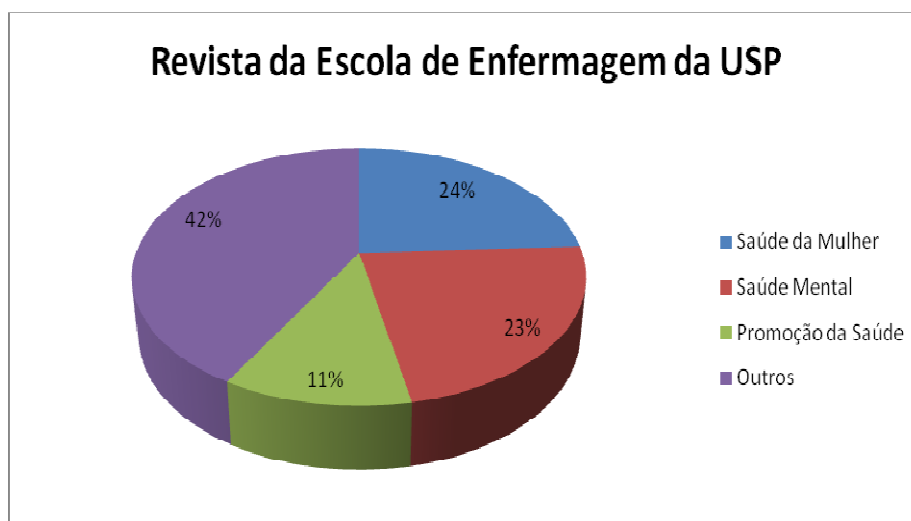


Gráfico 3- Revista da Escola de Enfermagem da USP e suas contribuições

No periódico Escola de Enfermagem da USP as publicações do período abordado apresentam uma significativa variedade de temas considerados prioridades em saúde, esses representam 42% do total de contribuições. Logo em seguida a prioridade que merece destaque é Saúde da Mulher com 24% das contribuições, seguidas de Saúde Mental com 23%.

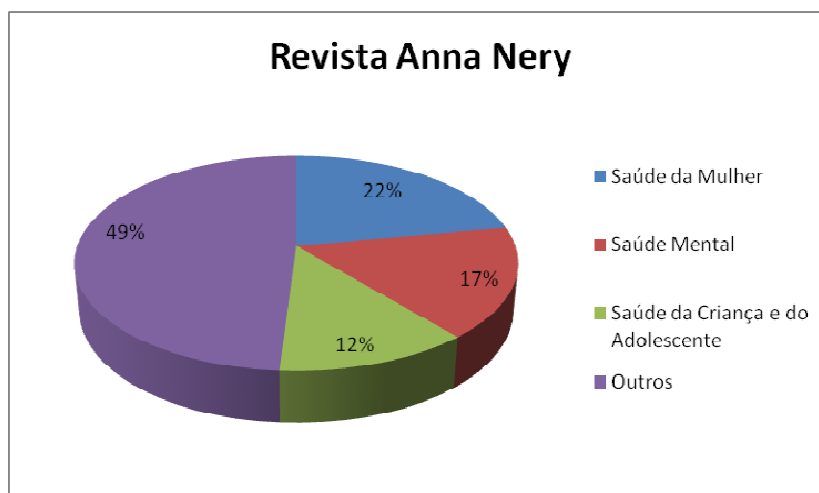


Gráfico 4 – Revista Anna Nery e suas contribuições

No periódico Anna Nery as publicações apresentam a característica da dispersão dos temas, com diferentes contribuições de prioridades que juntas formam 49% do total de publicações. Em seguida a prioridade que merece destaque é a Saúde da Mulher com 22% do total de publicações.

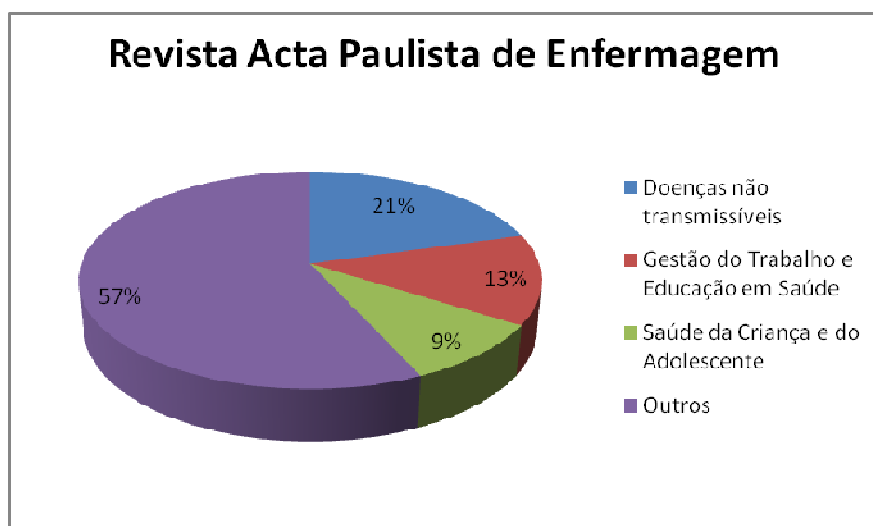


Gráfico 5- Acta Paulista de Enfermagem e suas contribuições.

No periódico Acta Paulista de Enfermagem é o que apresenta uma maior dispersão das prioridades de pesquisa, nesse período abordado, sua representação é de 57% das diferentes prioridades. Logo na sequência a contribuição mais significativa é da temática Doenças não transmissíveis.

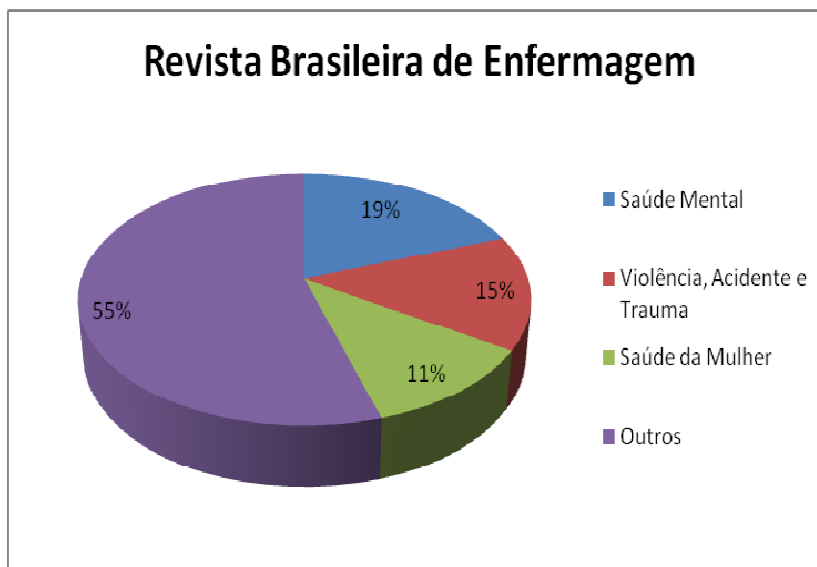


Gráfico 6- Revista Brasileira de Enfermagem e suas contribuições

O periódico Revista Brasileira de Enfermagem é a segunda com maior número de contribuições variadas, com o total de 55% das diferentes prioridades. Saúde Mental nesse periódico é o tema que merece destaque com uma contribuição de 19% do total de publicações.

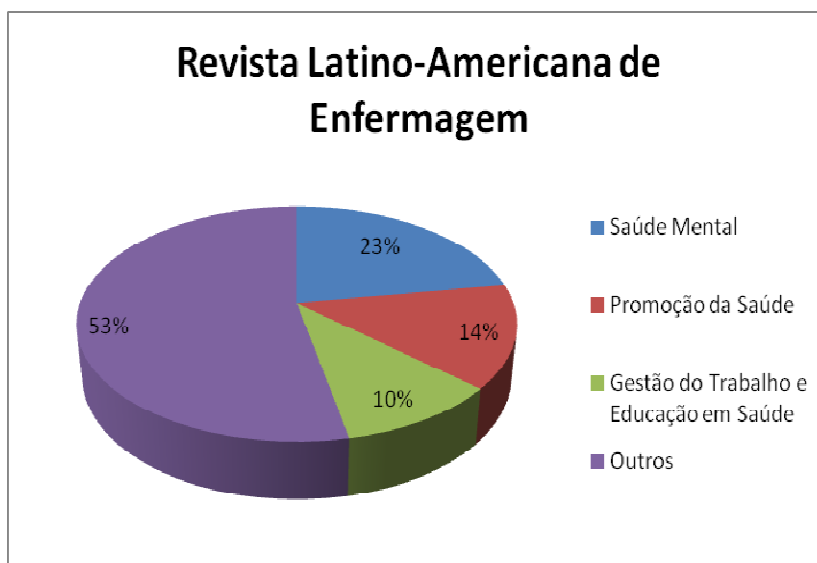


Gráfico 7- Revista Latino- Americana de Enfermagem e suas contribuições.

O periódico Latino-Americana de Enfermagem é o terceiro, dos periódicos selecionados, com maior número de publicações representadas por diferentes prioridades, contribuindo com 53% do total de publicações. Logo após essa

variedade, a temática mais representativa é Saúde Mental com 23% das contribuições.

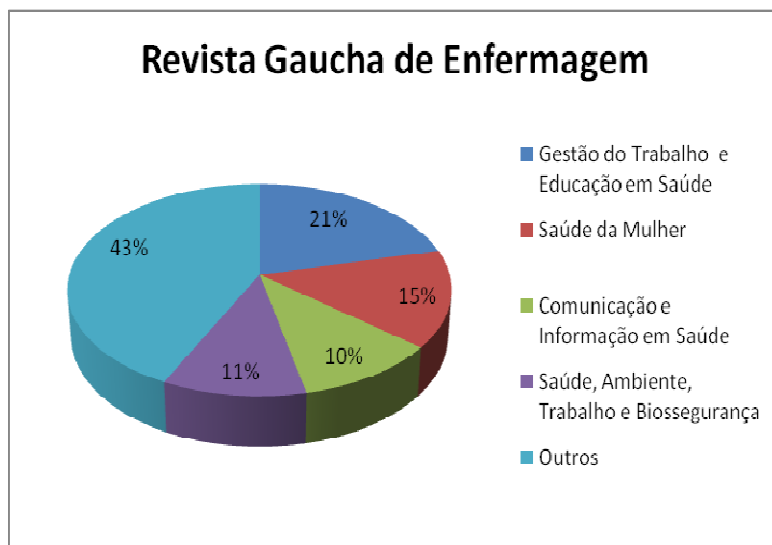


Gráfico 8- Revista Gaúcha de Enfermagem e suas contribuições.

Finalmente, com o periódico Revista Gaúcha de Enfermagem, as contribuições de diferentes prioridades de pesquisa juntas representam 43% das publicações. A temática com destaque, em seguida, é Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com 21% do total das publicações. Um destaque nesse caso é que essa temática foi a mais encontrada no geral, porém ela é o primeiro destaque apenas em um dos periódicos abordados, em outros ela também apresenta uma contribuição significativa que é representada nos gráficos, mas como primeiro tema, após as variadas contribuições, ela aparece apenas na Gaúcha de Enfermagem.

Tabela - 3 As palavras chave mais encontradas dentro das temáticas de pesquisa.

Prioridades	Palavras-chave mais empregadas nesses temas	Palavras-chave mais empregadas nesses temas	Palavras-chave mais empregadas nesses temas
Saúde Mental	Saúde Mental	Enfermagem Psiquiátrica	Enfermagem
Saúde da Mulher	Saúde da Mulher	Enfermagem	Gravidez
Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Educação em	Enfermagem

e Educação em Saúde		Enfermagem	
Doenças Não Transmissíveis	Enfermagem	Hipertensão	Diabetes Mellitus
Promoção da Saúde	Promoção da Saúde	Enfermagem	Educação em Saúde
Saúde do Idoso	Saúde do Idoso	Enfermagem	Idoso
Violência Acidente e Trauma	Violência	Violência Doméstica	Enfermagem
Bioética e Ética na Pesquisa	Bioética	Saúde da Mulher	Ética
Comunicação e Informação em Saúde	Sistema de Informação	Enfermagem	Comunicação
Saúde da Criança e do Adolescente	Saúde da Criança	Saúde do Adolescente	Enfermagem
Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança	Enfermagem	Saúde do Trabalhador	Enfermagem do Trabalho
Epidemiologia	Epidemiologia	Enfermagem	Fatores de Risco
Alimentação e Nutrição	Transtorno de Nutrição infantil	Enfermagem Psiquiátrica	Aleitamento Materno
Saúde dos Portadores de Necessidades Especiais	Enfermagem em reabilitação	Portadores de deficiência visual	Pessoas com deficiência
Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde	Enfermagem	Tecnologia	Tecnologia Educacional
Doenças Transmissíveis	Doenças Transmissíveis	Enfermagem	Educação em Enfermagem
Complexo Produtivo da Saúde	Vacinas	Programa de imunização	Saúde da Família
Saúde Bucal	Saúde Bucal	Gravidez	Mulheres Grávidas
Sistemas e Políticas de Saúde	Enfermagem	Educação em Enfermagem	Programa de Saúde da Família
Pesquisa Clínica	Enfermagem	Pesquisa Clínica	Feridas

Demografia e Saúde	Saúde do Idoso	Idoso	Envelhecimento Populacional
Saúde da População Negra	Violência	História	Negros

Essas palavras podem ser consideradas termos bem empregados para localizar as temáticas descritas, pois foram as mais encontradas na busca pelas temáticas prioritárias. De acordo com essa exposição é possível perceber que os autores utilizam as palavras que mais remetem ao tema.

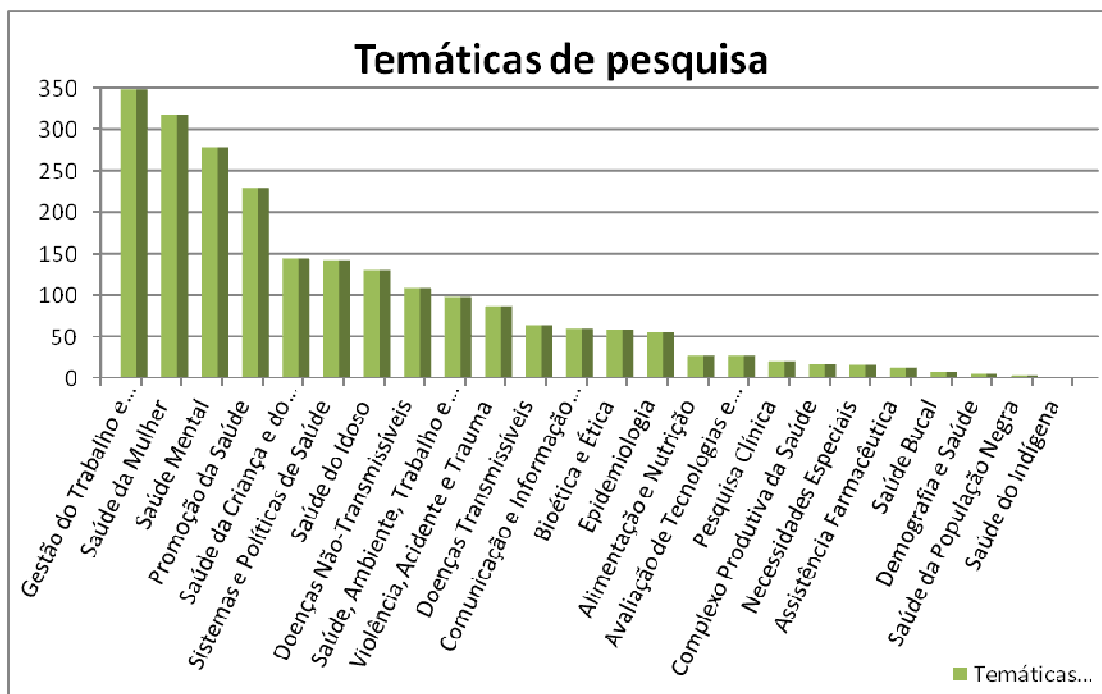


Gráfico 9- Temáticas de Pesquisa

Relacionando os artigos selecionados com as temáticas, pode-se verificar que dentro do estudo realizado, a área que mais prevalece é a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, seguida por Saúde da Mulher, Saúde Mental e Promoção da Saúde. As outras temáticas, com menor frequência, somadas representam 16,5% do total, demonstrando haver uma dispersão das temáticas.

Temas como Saúde Indígena, Saúde da População Negra, Saúde Bucal, Saúde de Portadores de Necessidades Especiais, Alimentação e Nutrição, Demografia e Saúde, Assistência Farmacêutica e Complexo Produtivo de Saúde aparecem com baixa frequência nos artigos coletados, o que indica um número pequeno ou de pouca importância nas pesquisas em desenvolvimento.

No caso de novas áreas de cuidado os descritores podem não contemplar essas inovações, isso faz com que muitos pesquisadores busquem adequar seus temas de pesquisa em definições previamente definidas, que podem não representar corretamente essa nova área de atuação. Assim, nesse caso, o DECS deve incorporar os novos descritores e suas definições.

O número de autores encontrados foram 1627, o que sugere que para os artigos analisados a maior parte das publicações foram elaboradas com mais de um autor, gerando uma média de dois autores por publicação.

Nos artigos estudados, a maioria dos autores publica em conjunto e são raras as publicações com apenas um autor. Pesquisas na área da saúde apresentam suas peculiaridades, como essas publicações em coautoria, o que pode indicar a existência de grupos de pesquisas que elaboram esses documentos.

Na área de Ciências da Saúde existem vários grupos de pesquisa, há maior concentração, ainda, de grupos de pesquisa na área de Saúde Coletiva. No Brasil, essa área experimentou crescimento considerável na última década, fato expresso pela ampliação na distribuição de programas de pós-graduação, constituição de grupos de pesquisa, número de pesquisadores qualificados e consolidação da produção científica (GUIMARÃES, LOURENÇO, COSAC, 2011).

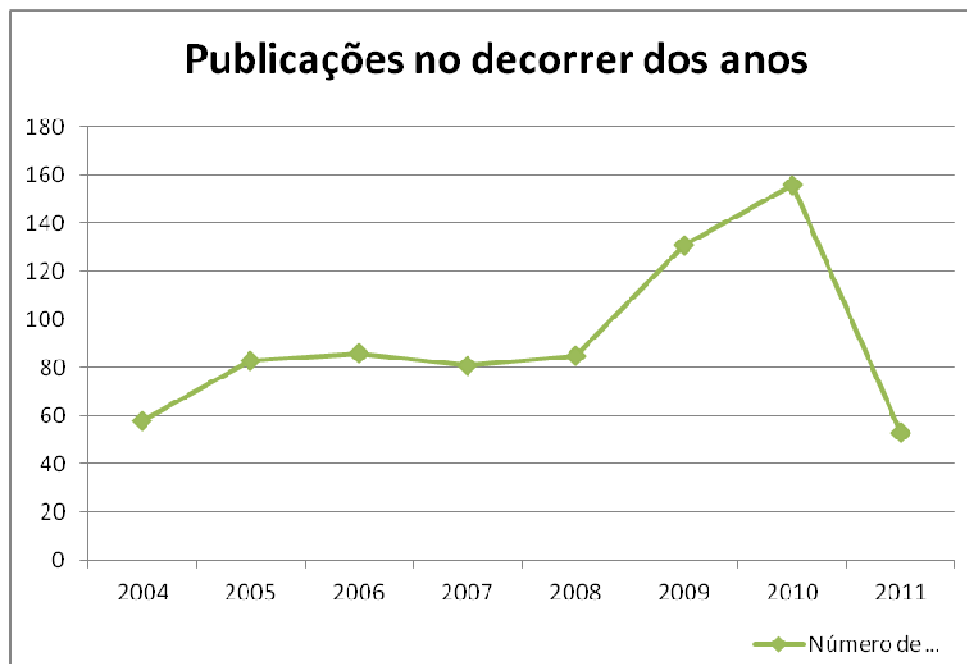


Gráfico 10 – Publicações no decorrer dos anos

As publicações que foram selecionadas com essas temáticas apresentaram um crescimento progressivo ao longo dos anos pesquisados. Podemos verificar que há um decréscimo em 2011, devido ao período de coleta não cobrir o ano todo e sim terminar em julho desse mesmo ano.

Tabela 4 - Tecnologias em Saúde utilizadas nos artigos

Tecnologias em Saúde	Porcentagem encontrada nos artigos
Leves	58,9%
Leves-duras	39,9%
Duras	1,2%
Total	100%

Com a tabela acima foi possível identificar que os artigos selecionados utilizaram na sua maioria as tecnologias Leves, que são as tecnologias de relações, vínculo, ações de educação em saúde, orientações, sendo que muitos artigos trabalharam também as questões da perspectiva do indivíduo em uma dada situação.

Como critério para distinção das categorias foram analisados os objetivos de cada artigo que possibilitou identificar a finalidade de cada pesquisa e caracterizá-la entre as tecnologias. Mesmo que a abordagem do assunto utilizasse outras tecnologias a principal foi identificada através do objetivo da pesquisa.

Nessa perspectiva, observou-se a relevância das tecnologias de relações na enfermagem em saúde coletiva, acompanhando um movimento que não foca exclusivamente a questão da doença e as tecnologias envolvendo produtos, mas também utiliza as relações sociais envolvidas no contexto da enfermidade, a perspectiva do doente, do trabalhador em saúde, da família envolvida, da rede de relações que contribui ou se ausenta nesse contexto de saúde.

Em segundo lugar, as tecnologias leve-duras com todas as questões envolvendo saberes bem estruturados, como protocolos, instrumentos de rastreamento e avaliação, como o Mini Exame do Estado Mental, entre outros. Em terceiro lugar estão às tecnologias propriamente duras as voltadas a equipamentos e as utilizadas para desenvolver vacinas foi um exemplo dos temas encontrados.

As informações sobre o local de trabalho de cada pesquisador foi obtida por meio de pesquisas realizadas na Plataforma Lattes e a busca pelo currículo de cada um, individualmente. A tabela aborda o vínculo institucional dos autores que apresentaram entre 12 e 5 publicações relacionadas com as temáticas estudadas nesse recorte temporal.

Tabela 5- Vínculo institucional dos autores com maior número de publicações.

Vínculo Institucional	Número de Autores
Universidade Federal do Ceará	8
Universidade de São Paulo	6
Universidade Federal de Santa Catarina	4
Universidade Federal de Santa Maria	3
Universidade Federal do Paraná	2
Universidade Federal do Rio de Janeiro	2
Universidade Federal do Rio Grande	2
Outros	13
TOTAL	40

Na presente pesquisa, os autores que apresentam o maior número de publicação pertencem às instituições demonstradas acima, as informações sobre o

vínculo institucional foram encontradas utilizando a consulta do curriculum Lattes de cada colaborador.

A Universidade Federal do Ceará, Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Santa Catarina foram as instituições com o maior número de publicações dentre os autores que mais contribuíram.

Também merece destaque a participação de uma instituição não exclusivamente universitária, o Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro, esse não consta no quadro, porém participa da categoria “Outros”, pois apresenta 1 publicação. É importante ressaltar a presença de uma instituição não universitária capaz de contribuir por meio dos profissionais que atuam no campo de trabalho, no caso desse artigo foi elaborado com a ajuda de uma enfermeira da instituição.

Com as pesquisas realizadas no curriculum lattes foi possível verificar que os autores que mais apresentaram publicações com esses temas, nesse período, em sua maioria possuem Bolsa Produtividade. As Bolsas de Produtividade em Pesquisa são concedidas pelo CNPq para pesquisadores de todas as áreas do conhecimento com o objetivo de distinguir seu trabalho e valorizar sua produção científica.

Tabela 6- Autores e Bolsa Produtividade.

Autores que mais Publicaram	Vínculo Institucional	Bolsa Produtividade	Quantidade de artigos
Alacoque Lorenzini Erdmann	UFSC	Sim	12
Luciane Prado Kantorski	UFPEL	Sim	10
Lorena Barbosa Ximenes	UFCE	Sim	9
Sônia Barros	USP	Sim	9
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos	UNIFOR	Não	9
Flávia Regina Souza Ramos	UFSC	Sim	8
Maria Salete Bessa Jorge	UECE	Sim	8
Marli Teresinha Gimenez Galvão	UFCE	Sim	8
Stela Maris de Mello Padoin	UFSM	Não	8
Valéria Lerch Lunardi	FURG	Sim	8

Essas informações evidenciam que dos 10 autores que mais publicaram apenas dois não possuem Bolsa Produtividade, assim, de acordo com essa pesquisa, tal modalidade de bolsa realmente pode estimular um maior número de publicações.

Após uma consulta do Curriculum Lattes dos autores citados acima foi possível identificar algumas áreas de contribuição desses colaboradores. A autora que apresenta 12 artigos, possui como área de atuação: administração em enfermagem, tecnologias dos serviços de saúde em enfermagem, pesquisa em enfermagem em saúde. A mesma autora contribuiu como revisora de dois periódicos utilizados nessa pesquisa: em 2004 - Revista Latino Americana de Enfermagem e em 2008 - Revista de Enfermagem da USP.

A segunda autora mais citada apresenta atuação nas áreas de saúde mental, saúde coletiva, enfermagem psiquiátrica, enfermagem em reabilitação psicossocial e família. A mesma autora contribuiu como revisora da Revista da Escola de Enfermagem da USP em 2006.

A terceira autora mais citada atua com temas como: cuidado de enfermagem, criança, família, aleitamento materno. Revisora da revista Texto & Contexto de Enfermagem em 2009.

A quarta autora citada atua com temas em políticas de saúde mental, exclusão social de pessoas com doenças mentais, processo de ensino aprendizagem, enfermagem em saúde mental. No referente ao período o qual abrange o recorte dessa pesquisa, artigos de 2004 até 2011, essa autora não foi revisora de nenhum periódico utilizado na presente pesquisa.

A quinta autora citada possui atuação em: saúde coletiva, saúde da família, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do trabalhador, educação e saúde, políticas públicas, ações e práticas educativas em saúde, atenção básica, consulta de enfermagem. Atuou como revisora da Revista da Escola de Enfermagem da USP em 2007 e Revista Brasileira de Enfermagem em 2008.

A sexta autora citada atua com: processo de trabalho em saúde e tecnologias em enfermagem, saúde mental e atenção básica, trabalho e educação. Atuou como revisora da Revista da Escola de Enfermagem da USP em 2007 e Acta Paulista de Enfermagem em 2007.

A sétima autora citada atua em: políticas, práticas de saúde mental, saúde coletiva, produção do cuidado e tecnologias leves em saúde e enfermagem.

Contribuiu com a revisão da Revista Brasileira de Enfermagem em 2008, Texto & Contexto em Enfermagem e com a Revista da Escola de Enfermagem da USP, também em 2008.

A oitava autora citada atua com: doenças transmissíveis, educação a distância, comunicação em saúde.

A nona autora citada tem atuação em: saúde da mulher, da criança e do adolescente, educação em saúde e aleitamento materno. Revisora da Revista Escola Anna Nery em 2006 e Revista Gaúcha de Enfermagem em 2007.

A décima autora citada atua com: trabalho na enfermagem, ética, sofrimento moral, autonomia, educação em saúde. Atuação na revisão da Revista Gaúcha de Enfermagem em 2006, Revista Latino de Enfermagem em 2004, Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004.

A maioria dos autores que apresentaram mais publicações em algum momento dentro do período da coleta de dados (2004-2010) participaram da comissão editorial de algumas revistas utilizadas nessa pesquisa.

6. DISCUSSÃO

Quando acompanhamos historicamente as mudanças ocorridas na organização da saúde pública do Brasil, as transformações efetivadas por meio de políticas públicas permitem aos impactos gerados pelas decisões tomadas nesse nicho social tornarem-se mais evidentes. Impactos sentidos em todos os grupos sociais que são beneficiados ou prejudicados de acordo com as decisões realizadas pela parcela política.

Compreender a formação de uma agenda pública e visualizar os atores sociais envolvidos nela favorece o esclarecimento das construções das políticas públicas, que afetam diretamente a vida da população. No decorrer da história da construção da política pública chamada SUS é possível perceber a influência dos atores sociais, fatores econômicos, históricos, políticos e ideológicos que acompanharam esse desenvolvimento.

As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do

sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social (CARVALHO, CECCIM, 2008, p.139).

Um SUS que era mais voltado, assim como a medicina, para a questão da doença como um fator biológico, precisou acompanhar as mudanças ideológicas ocorridas no contexto da doença, que já não é mais vista somente nessa perspectiva, levando em consideração e buscando compreender a influência de fatores econômicos, educacionais e sociais.

Há alguns marcos conceituais importantes da Saúde Coletiva: o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao “mercado da cura”; entre outros princípios (CARVALHO, CECCIM, 2008, p.139).

O bem estar social não é apenas a ausência da doença, mas segundo o próprio Ministério da Saúde, apresenta-se também como uma condição de qualidade de vida, direito a educação, transporte e lazer.

A ciência que no decorrer da história também sofreu diversas mudanças, não apenas na sua metodologia e forma de divulgação, como também na sua concepção social, antes, considerada como neutra e, agora, já observada como passível de influências econômicas, políticas e sociais.

A ideia da ciência como geradora das respostas aos problemas da humanidade apresenta suas controvérsias em função dos grandes conflitos, também gerados pela sua utilização. Contudo, as possíveis contribuições desta pesquisa, que podem vir a atingir diretamente o bem estar social, como também ocorrer na área da saúde, é um fator determinante para sua valorização.

As formas de divulgação e acesso aos resultados dos estudos feitos também influenciam diretamente na sua possível boa disseminação ou na dificuldade em encontrar certas pesquisas.

Como resultado de uma política pública efetivada em 2004, essa pesquisa visa identificar os resultados dos estudos da ciência na área da Saúde Coletiva por

meio do núcleo de conhecimento da Enfermagem e evidenciar as possíveis contribuições dessa categoria à saúde da população.

É importante salientar como a abordagem das Tecnologias de Saúde nos permitiu identificar que em sua maioria as publicações de enfermagem selecionadas com o recorte de 2004 a 2011 em Saúde Coletiva, majoritariamente abordam tecnologias leves que são definidas basicamente como tecnologias de relações.

Assim, de acordo com essas características, a enfermagem acompanha o movimento social que atua na saúde, além da doença, observando as relações entre os indivíduos, a família, a sociedade e todo o meio social que influencia no bem estar da população, preocupando mais com os processos do que com produtos.

Com os artigos selecionados e leitura de seus resumos, foi possível identificar que muitos estudos tratavam da perspectiva do indivíduo sobre o seu atual estado de saúde, e, também, da perspectiva da profissional na ótica do tratamento. Dessa maneira, não apenas a morbidade ganhou espaço, como também todo o contexto social, econômico, enfim, diversos fatores que possuem influência direta no bem estar do indivíduo e da coletividade.

Os temas considerados prioridades de saúde foram abordados em sua maioria contemplando as relações sociais envolvidas, com uma porcentagem de 58,9% das tecnologias leves. Temáticas como saúde da mulher trabalhavam com as morbidades envolvidas, estudos preventivos, políticas públicas, abordando as relações envolvidas nestes temas, como a perspectiva da mulher portadora de uma doença crônica, ou também a sua visão do sistema de tratamento e atenção à sua saúde.

Essa categorização das publicações pode ajudar a incentivar o estudo e divulgação de trabalhos que ainda estão sendo pouco explorados, contribuindo concomitantemente a encorajar e fortalecer os estudos já desenvolvidos, com um incentivo a continuação das pesquisas que já estão seguindo os princípios das novas políticas de saúde.

Cada periódico selecionado apresenta (como foi descrito na metodologia) sua missão, objetivos das suas publicações, isso orienta os autores sobre qual tipo de publicação pode ser submetida para avaliação. Uma sugestão, a partir do desenvolvimento dessa pesquisa, é que esses periódicos comecem a considerar nos objetivos das suas publicações as prioridades de pesquisa estipuladas por meio das políticas públicas e também como fonte norteadora para seus estudos.

Considerar os temas prioritários de pesquisa nas novas publicações é uma forma de estimular o cumprimento da agenda de pesquisa em saúde e, de tal modo, diminuir as lacunas de certas temáticas e fortalecer os estudos de outras já abordadas.

Com o desenvolvimento dessa pesquisa foi possível verificar a coesão entre a biblioteca eletrônica Scielo e o sistema de Descritores da Bireme, evidenciando um trabalho conjunto e harmônico entre estes, pois os termos presentes nos descritores foram bem empregados nos artigos e facilitaram a localização do nosso objeto de pesquisa. As palavras empregadas em alguns dos artigos que não estavam presentes nos Descritores dificultaram a localização desses. A padronização dos periódicos em solicitar a inclusão de palavras-chave que constem no DECS pode facilitar as buscas e gerar um melhor esclarecimento dos termos, já que esses apresentam prévias definições.

Outro fator que também pode gerar algum desconforto para pesquisadores tange ao nível dos temas de pesquisas ainda considerados novos, e que por conseguinte não encontram um termo para adequar sua pesquisa, forçando uma proximidade dos tópicos já existentes.

Segundo Giovanella (2008), a pesquisa em tecnologia na área da saúde deve favorecer a equidade como eixo orientador nas prioridades de pesquisa, no sentido de que esse trabalho possa trazer informações sobre as atuais publicações, disseminando o perfil dos autores, a forma como encontrar essas pesquisas na área da saúde coletiva, gerando uma maior distribuição do conhecimento presente nos periódicos estudados.

A utilização de periódicos eletrônicos facilita muito o acesso e a contribuição para a disseminação das novas pesquisas, sua fácil localização pelas palavras-chave leva a uma consulta mais rápida e por vezes até mais eficiente. Nesse sentido, a tecnologia da informação é evidenciada como um caminho que diminui a distância entre pesquisadores e estudiosos. Todos os periódicos selecionados têm em sua página inicial, uma apresentação contendo suas missões e também seu corpo editorial.

Quanto à metodologia empregada nesta pesquisa foi muito favorável para delinear os dados coletados em cada periódico e interpretá-los com embasamento teórico. Assim, a ideia é que essa pesquisa contribua para uma parte da caracterização das publicações na área de saúde coletiva, contribuindo para discussões sobre novas publicações que visam suprir as necessidades ainda

existentes em alguns temas que hoje são considerados prioridades de pesquisa e expansão de temáticas, contribuindo à consolidação das novas políticas de saúde e tecnologia.

REFERÊNCIAS

ABEN. **Estatuto da Associação Brasileira de Enfermagem**. Disponível em:

www.abennacional.org.br. Data de acesso: 10 março. 2012.

AGUDELO, M.C.C. Trends and priorities in nursing research. **Re. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p.583-588, jul./ago. 2004.

ALBORNOZ, Mario. Estrategias para La promoción de las publicaciones científicas argentinas. **Acta Bioquímica Clínica Latino-americana**, La Plata, v. 40, n. 2, p.233-237, abr./jun. 2006.

ALMEIDA, M.C.P.; SILVA, E.M.; VILLA, T.C.S.; ASSIS, M.M.A.; KEMURA, M. L.R.K. O conhecimento produzido no programa de mestrado de enfermagem em saúde pública da escola de enfermagem de Ribeirão Preto-USP e suas relações com as práticas de saúde. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p.91-96, out. 2000.

ALMEIDA M.C.P.; RODRIGUES, R.A.P.; FUREGATO, A.R.F.; SCOCHI C, G.S. A pós-graduação na escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP: Evolução Histórica e sua contribuição para o desenvolvimento da enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.276-287, 2002.

ANGERAMI, E.L.S. O desenvolvimento da pesquisa no Brasil. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, especial, p.43-52, dez. 1993.

ANGERAMI, E.L.S.O mister da investigação do enfermeiro. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p.11-22, jan. 1993.

ARAÚJO, C.A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p.11-32, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.univerciencia.org/index.php/revistaemquestao/article/viewFile/3707/3495>>. Acesso em 20 set. 2011.

BAUMGARTEN, M. **Política de ciência, tecnologia e inovação no Brasil contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

BARBOSA, F.F.S.; SASSO, G.T.M.; BERNIS, I. Enfermagem e Tecnologia: Análise dos Grupos de Pesquisa Cadastrados na Plataforma Lattes do CNPq. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p.443-8, jul./set. 2009.

BENJUMEA, C.C. La investigación cualitativa y el desarrollo Del conocimiento em enfermería. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, out./de. 2010.

BOURDIEU, P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. Trad. Denice Bárbar Catani. São Paulo: UNESP, 2004. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (BR). **2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde**. Documento Base. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. 2. ed. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 143p.

BRASIL. Ministério da Saúde . Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e da outras providências**. Diário Oficial da União, 31 dez 1990.

CAMPOS, G.W.S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000.

CAMPOS G.W.S. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do Sujeito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl.2, 2009.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2006.

CARVALHO A. *et al.* **Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

CARVALHO, E. C. de. A Produção do conhecimento em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p.119-122, 1998.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Os desafios da atenção à Saúde. *In*: CAMPOS, G. W .S *et al* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2008, p.139.

COHN, A. O SUS e o Direito à Saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. *In*: Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho EDler. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

CHESNAIS, C.; SAUVIAT, C. **O financiamento da inovação no regime global de acumulação dominado pelo capital financeiro**, 2005.

DAGNINO, R. **Ciência e tecnologia no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2007.

DOURADO E. P.V; SANNA M.C. Participação da enfermagem nas Conferências Nacionais de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 62, n. 6, 2009.

ERDMANN A. L; MENDES I.A.C; LEITE, J.L. A Enfermagem como área de conhecimento no CNPq: resgate histórico da representação de área. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 1, 2007.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho EDler. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

FLEURY, S; OUVENEY, A.M. Política de Saúde : uma política social. In: Giovanella, Ligia; Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V. C. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2008.

GUEDES, V; BORSCHIVER, S. Bibliometria: uma ferramenta estatística para a gestão da informação e do conhecimento, em sistemas de informação, de comunicação e de avaliação científica e tecnológica. In: CINFORM

GUIMARÃES R. Ciência, Tecnologia e Pesquisa em Saúde. In: Giovanella, Ligia; Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

HAYASHI MCPI. **Construção de indicadores para a gestão da informação científica e tecnológica da UFSCar**. São Carlos: UFSCar, 2004. (Relatório de Pesquisa / Proc. Fapesp. 98/09632-8).

GUIMARÃES, R. Ciência, Tecnologia e Inovação um paradoxo na Reforma Sanitária. In: Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho EDler. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GUIMARÃES, R.; LOURENÇO, R.; COSAC, S. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2012.

LIMA M. T; NEVES F; DAGNINO R. **Popularização da ciência no Brasil: entrada na agenda pública, de que forma?** International School for Advanced Studies, dez. 2008.

LÓPEZ CERREZO, J.A. Ciencia, Tecnologia y Sociedad: el estado de la cuestión en Europa y Estados Unidos. **Revista Iberoamericana de Educación**, OEI, n. 18, set./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.oei.es/oeivirt/rie18a02.htm>> Acesso em: 12 jun. 2011

LOPEZ CERREZO, J.A. Ciência, Tecnologia e Sociedade: o estado da arte na Europa e Estados Unidos. *In: SANTOS, L. W. et al (Orgs). **Ciência, Tecnologia e Sociedade**: o desafio da interação. 2. ed. Londrina: IAPAR, 2004, p.11-44.*

MATUMOTO S; MISHIMA S.M; PINTO I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.233-242, jan./fev. 2001.

MENDES I.A.C. **Pesquisa em enfermagem**: impacto na prática. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 199. 153p.

MERHY, E.E.; ONOCK,R. (Orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MICELI, S. Bourdieu e a renovação da sociologia contemporânea da cultura. **Tempo Social USP**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.63-79, abr. 2003.

MIOTÉLLO V.; HOFFMANN W. A. M. **Perspectivas multidisciplinares em ciência, tecnologia e sociedade**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2008.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS.. *In:Giovanella, Ligia; Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.*

NUNES, E.D. Sistemas Políticos.*In: CAMPOS, G. W .S et al.(Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2008, p.19*

OGATA, M.N. *et al. **Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**: estado da arte e consumo da produção científica em enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. Projeto de Pesquisa. Edital MCT/CNPq 15/ 2007 – Universal.*

OLIVEIRA, C.L.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

PAIN, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 575-584, 2005.

PARANHOS, R.P.R.; PALMA, M.A.M. Um novo olhar para o futuro da Política Brasileira de Ciência Tecnologia e Inovação. **Soldagem & Inspeção**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.165-168, abr./jun. 2010.

PRICE, D.J.S. **O desenvolvimento da ciência**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1976.

ROCHA S.M.M.; OGATA, M.N.; ARANTES, C.I.S. A inserção da enfermagem nas políticas de ciência e tecnologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p.558-562, set./out. 2004.

SILVA, M.J.P.; EGRY, E.Y.; ÂNGELO, M *et al.* Produção do conhecimento em Enfermagem: da idéia da pesquisa à publicação em periódico qualificado. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1347-1351, 2009.

SHAKESPEARE, T. Democratizing science? Citizen juries and other deliberative methods. **Hist. Cienc. Saude - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2005. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 12 dez. 2011.

VACCAREZZA, L.S. Ciência, Tecnologia e Sociedade: o estado da arte na América Latina. **Revista Iberoamericana de Educación**, OEI, n. 18, set./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/oeivirt/rie18a01.htm>>. Acesso em 5 jun 2011.

VESSURE, H. “O inventamos o erramos”. **El poder de La ciência em América Latina**, London, World Development, v. 18, n. 11, p.1543-1553, 1990.

ZACKIEWICZ, M. **Coordenação e organização da inovação perspectivas do estudo do futuro e da avaliação em ciência e tecnologia**, Set, 2003.

ANEXO I (Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Ciência e Tecnologia

Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

2.^a edição
2.^a reimpressão

Série B. Textos Básicos em Saúde



Brasília – DF
2008

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra 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 acessada na página:

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

Série B. Textos Básicos em Saúde

Tiragem: 2.ª edição – 2.ª reimpressão – 2008 – 1.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Ciência e Tecnologia

Espanhada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8.º andar, sala 834

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3466 / 3298

Fax: (61) 3315-3463

E-mail: decit@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sctie/decit

O texto da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde foi parcialmente aprovado na 2.ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e posteriormente referendado pela 151.ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em 17 de fevereiro de 2005.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia.

Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

ISBN 85-334-1249-5

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Pesquisa. I. Título. II. Série.

NLM W 84.3

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0603

Titulos para indexação:

Em inglês: National Agenda of Priorities in Health Research

Em espanhol: Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020 Fax: (61) 3233-9558

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

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Gabriela Leitão

Revisão: Lilian Assunção e Mara Pamplona

Projeto gráfico: Lelio Ricardo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
SUBAGENDAS DE PESQUISA EM SAÚDE.....	9
1 SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	9
2 SAÚDE MENTAL.....	11
3 VIOLÊNCIA, ACIDENTES E TRAUMA.....	12
4 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	15
5 DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS.....	16
6 SAÚDE DO IDOSO	19
7 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	20
8 SAÚDE DA MULHER	23
9 SAÚDE DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS	27
10 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	28
11 BIOÉTICA E ÉTICA NA PESQUISA.....	30
12 PESQUISA CLÍNICA.....	31
13 COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE.....	32
14 AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E ECONOMIA DA SAÚDE	34
15 EPIDEMIOLOGIA	38
16 DEMOGRAFIA E SAÚDE	40
17 SAÚDE BUCAL	41
18 PROMOÇÃO DA SAÚDE	42
19 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS.....	43
20 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	52
21 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	54
22 SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	57
23 SAÚDE, AMBIENTE, TRABALHO E BIOSSEGURANÇA	59
24 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	62
EQUIPE TÉCNICA	64

INTRODUÇÃO

A construção e implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde é um processo político que busca, em todas as suas etapas, a ampla participação de atores com experiências e linguagens distintas tanto da pesquisa como da saúde. A articulação em torno da Agenda é a ação mais importante na legitimação deste instrumento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no País, e permitirá que prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do SUS.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais.

A Agenda foi construída por um processo composto de cinco etapas sucessivas e que antecederam sua aprovação na 2.^a CNCTIS, conforme descrito a seguir:

1 Situação de Saúde e Condições de Vida

O primeiro passo para a construção da Agenda foi encomendar a especialistas textos com o objetivo de apresentar aspectos relevantes da situação de saúde e das políticas de saúde, com base no conhecimento disponível, oferecendo informação atualizada para a tomada de decisão. A avaliação da situação de saúde é um processo de análise e síntese para caracterizar, medir e explicar os perfis de necessidades e problemas de saúde-doença da população e conhecer as respostas sociais organizadas frente aos mesmos (CASTELLANOS, 1997¹). Esses processos permitem: a) identificar necessidades, prioridades e políticas em saúde, bem como avaliar o impacto das intervenções; b) formular estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde e avaliação da implementação; c) construir cenários prospectivos de saúde (OPS, 1999²).

Este conteúdo foi sistematizado na publicação *Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*, lançado na etapa nacional da Conferência.

2 Definição de Subagendas em Pesquisa

Nessa fase, as subagendas passam a definir amplas áreas de pesquisa, envolvendo vários campos disciplinares que conformam os diversos temas prioritários de pesquisa.

¹ Castellanos, P.L. 1997. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida: Considerações conceituais. In: Barata, R. (org.). Condições de vida e situação de saúde. RJ.

² OPS. Boletim epidemiológico. Vol. 20. No.3. 1999.

Para assessorar todas as etapas de construção da agenda foi criado um Comitê Técnico Assessor (CTA), composto por especialistas e gestores reconhecidos.

A partir da metodologia utilizada em experiências nacionais e internacionais, foi ordenado um conjunto de 20 subagendas de pesquisa e referendado pelo Comitê Técnico Assessor (CTA).

3 Definição de Temas de Pesquisa

Os temas de pesquisa compreendem tópicos mais específicos e agregados em cada subagenda. Esses podem contemplar qualquer etapa da cadeia do conhecimento, da pesquisa básica até a operacional, sem restrições quanto às áreas do conhecimento envolvidas. Em muitos casos, os temas prioritários estão associados a prioridades de saúde. Porém, vale ressaltar que a resolução dos problemas de saúde nem sempre é uma variável dependente da pesquisa em saúde e nem sempre há, no campo do saber e das práticas científicas e tecnológicas, conceitos, metodologia ou ferramentas adequadas para a produção de soluções por meio da pesquisa.

A definição de temas de pesquisa ocorreu no Seminário para Construção da Agenda, realizado em 6 e 7 de novembro de 2003, em Brasília. Com base em diversas experiências internacionais, foram adotados os seguintes critérios para a definição de prioridades de pesquisa:

- a) carga de doença, medida por DALY (*Disability Adjusted Life Years* – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade) ou outros indicadores;
- b) análise dos determinantes da carga de doenças segundo os diferentes níveis de intervenção: individual, familiar, comunitário; ministério, sistema e serviços de saúde; instituições de pesquisa; políticas governamentais e outros setores com impacto na saúde;
- c) estado da arte do conhecimento científico e tecnológico disponível;
- d) custo-efetividade das possíveis intervenções e a possibilidade de sucesso;
- e) efeito na equidade e justiça social;
- f) aceitabilidade ética, política, social e cultural;
- g) possibilidade de encontrar soluções;
- h) qualidade científica das pesquisas propostas;
- i) factibilidade de recursos humanos e financeiros.

A metodologia utilizada no Seminário envolveu a realização de apresentações orais, trabalhos de grupo e plenárias para debate. Foram constituídos grupos de trabalho para discussão de cada subagenda, compostos por pesquisadores vinculados a instituições de ensino e pesquisa e gestores das três esferas político-administrativas do SUS. O produto do Seminário culminou com a aprovação de uma

Agenda composta por 20 subagendas prioritárias para pesquisa em saúde.

4 Consulta Pública

Almejando conhecer a perspectiva dos usuários dos serviços e dos trabalhadores do setor Saúde e ampliar o debate sobre a definição de prioridades de pesquisa, foi realizada consulta pública da ANPPS definida no seminário.

A Agenda foi submetida à consulta pública no período de 23 de março a 8 de maio de 2004, sendo totalizados 2.500 acessos. Foram enviadas 600 contribuições para o elenco de subagendas, sistematizadas e integradas ao texto da Agenda apresentado na 2.^a CNCTIS.

5 2.^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

Para subsidiar a discussão das etapas municipal, regional e estadual da 2.^a CNCTIS, foi elaborado um documento-base contendo a PNCTIS e a última versão da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Esse documento recebeu contribuições no processo de discussão das etapas municipais, regionais e estaduais que foram consolidadas e discutidas para deliberação na 2.^a CNCTIS.

Na Conferência Nacional, foram definidos dois eixos temáticos para as discussões em plenária: o primeiro sobre a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o segundo sobre a Agenda. O resultado das discussões de cada eixo foi submetido à Plenária final, que votou e aprovou integralmente o texto da PNCTIS e, parcialmente, o relatório da ANPPS.

O consolidado da ANPPS foi submetido aos delegados da etapa nacional durante a Plenária final da 2.^a CNCTIS. Entretanto, não houve tempo hábil para que fossem apreciadas todas as 24 subagendas: as subagendas de número 1 a 14 e a de número 24 foram integralmente apreciadas, enquanto as subagendas de número 15 a 23 não foram votadas. Por deliberação da Plenária final da 2.^a CNCTIS, as emendas referentes a essas subagendas foram remetidas aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) para que coordenassem o processo de votação, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em cada estado participante da 2.^a CNCTIS.

Finalizado o prazo, sete Conselhos Estaduais de Saúde (dos estados de Alagoas, Amazonas, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Sergipe e Santa Catarina) enviaram suas contribuições. Por deliberação da Plenária do CNS, em sua 151.^a Reunião Ordinária, realizada em 17 de fevereiro de 2005, o resultado da votação desses sete estados foi integralmente incorporado aos anais da 2.^a CNCTIS.

A seguir, apresenta-se a ANPPS composta por 24 subagendas de pesquisas em saúde.

SUBAGENDAS DE PESQUISA EM SAÚDE

1 SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

- 1.1 MAGNITUDE E DINÂMICA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE INDÍGENA
 - 1.1.1 Pesquisas sobre transição epidemiológica, demográfica e nutricional:
 - 1.1.1.1 Inquéritos nutricionais e alimentares: identificação de hábitos alimentares, desnutrição, obesidade, anemia e hipovitaminose A;
 - 1.1.1.2 Avaliação de programas e projetos de alimentação e nutrição desenvolvidas em áreas indígenas;
 - 1.1.1.3 Inquéritos sobre as principais doenças crônicas não-transmissíveis;
 - 1.1.1.4 Estudos interdisciplinares sobre abuso de álcool ou outras drogas, violência, suicídio, sofrimento psíquico e necessidades especiais;
 - 1.1.1.5 Determinantes dos padrões de morbimortalidade, fecundidade e migração direta e indiretamente relacionados à saúde;
 - 1.1.1.6 Estudos voltados à compreensão dos fatores demográficos relacionados ao crescimento populacional verificado em parcela substancial dos povos indígenas;
 - 1.1.1.7 Estudos sobre os processos de urbanização da população indígena, transição epidemiológica, nutricional e demográfica e utilização dos serviços de saúde;
 - 1.1.1.8 Indicadores de saúde para as populações indígenas.
 - 1.1.2 Estudos epidemiológicos sobre os principais grupos de doenças infecciosas e parasitárias endêmicas nas populações indígenas.
 - 1.1.3 Impactos de mudanças ambientais nas condições socio sanitárias dos povos indígenas:
 - 1.1.3.1 Estudos sobre os agravos decorrentes da contaminação ambiental por metais pesados e agrotóxicos, doenças de veiculação hídrica, emergência de doenças parasitárias;
 - 1.1.3.2 Estudos sobre o desenvolvimento de estratégias e de tecnologias de saneamento básico e habitações adequadas a contextos socioculturais diferenciados;
 - 1.1.3.3 Estudos sobre a influência e impacto do deslocamento de comunidades indígenas das suas aldeias de origem, em virtude da construção de obras de infra-estrutura, tais como rodovias e barragens;

- 1.1.3.4 Estudos sobre os padrões de saúde-doença de etnias de territórios contíguos nas fronteiras, incluindo o padrão de utilização dos serviços de saúde.
- 1.1.4 Investigação das práticas socioculturais relacionadas ao autocuidado em saúde no sentido lato (reprodução social e física da comunidade) e, no sentido estrito, e das práticas relacionadas ao processo saúde-doença:
 - 1.1.4.1 Estudos sobre formas de organização sociopolítica dos povos indígenas e suas interfaces com a saúde;
 - 1.1.4.2 Investigação sobre sistemas de saúde indígenas, práticas de autocuidado e de cura indígena, com ênfase no contexto da transição epidemiológica;
 - 1.1.4.3 Estudos que enfoquem a interface gênero e saúde indígena, contemplando saúde reprodutiva e sexual.
- 1.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS
 - 1.2.1 Avaliação do modelo de gestão, planejamento, funcionamento e impactos do subsistema de saúde indígena:
 - 1.2.1.1 Estudos sobre as políticas de atenção à saúde do índio, levando em conta o cenário atual de transição desses modelos;
 - 1.2.1.2 Avaliação do processo de distritalização envolvendo a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), organizações conveniadas e rede de referência;
 - 1.2.1.3 Avaliação do controle social e da participação comunitária indígena em saúde, especialmente com relação ao poder das comunidades indígenas, em face da atuação de ONGs estrangeiras nas áreas indígenas;
 - 1.2.1.4 Estudos sobre formação e recrutamento de recursos humanos para saúde indígena;
 - 1.2.1.5 Avaliação do sistema de informação de saúde indígena, considerando a articulação às bases de dados nacionais e incorporação de componentes geográficos e especificidades étnicas;
 - 1.2.1.6 Avaliação dos serviços de saúde: a perspectiva do usuário indígena, os itinerários terapêuticos, a (des)territorialização da população indígena e suas implicações no acesso aos serviços;
 - 1.2.1.7 Estudos sobre as práticas de atenção à saúde dos índios, no nível local, analisando as relações entre profissionais de saúde, incluindo a equipe de saúde indígena, e os usuários;

- 1.2.1.8 Monitoramento e avaliação do uso das tecnologias no subsistema de saúde indígena, iatrogenias e reações adversas aos medicamentos.

2 SAÚDE MENTAL

2.1 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1.1 Cultura e sociedade:

- 2.1.1.1 Representação social;
- 2.1.1.2 Preconceito, estigma, cidadania e direitos de pessoas com transtorno mental;
- 2.1.1.3 Saúde mental, gênero e etnia;
- 2.1.1.4 Violência e implicações psicossociais;
- 2.1.1.5 Ecologia social, urbana e rural, qualidade de vida e saúde mental;
- 2.1.1.6 Saúde Mental e religião.

2.2 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL

- 2.2.1 Indicadores de saúde mental.
- 2.2.2 Estudos sobre carga global da doença mental na população brasileira.
- 2.2.3 Fatores de risco e de proteção, vulnerabilidade e prognóstico de problemas de saúde mental em grupos específicos da população.
- 2.2.4 Perfil epidemiológico dos portadores de transtorno mental e dos dependentes químicos.
- 2.2.5 Levantamento exploratório de aspectos demográficos e socioeconômicos em saúde mental.
- 2.2.6 Fatores predisponentes a distúrbios de saúde mental, associados a resíduos tóxicos.
- 2.2.7 Transtornos mentais pós-parto.
- 2.2.8 Saúde mental na infância: traumas, depressão e outras patologias.

2.3 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

- 2.3.1 Estudos sobre as políticas públicas de saúde mental.
- 2.3.2 Reabilitação psicossocial.
- 2.3.3 Dispositivos terapêuticos para transtornos mentais graves e persistentes.
- 2.3.4 Eficácia da atenção em saúde mental por equipes interdisciplinares e multiprofissionais e, estudos sobre a eficácia das abordagens terapêuticas de grupos.

- 2.3.5 Saúde mental, assédio moral e/ou sexual, trabalho e educação.
 - 2.3.6 Iatrogenia, eficácia e eficiência da assistência psicofarmacológica.
 - 2.3.7 Medicalização do sofrimento psíquico e adequação do uso de psicotrópicos.
 - 2.3.8 Projetos terapêuticos, estratégias de prevenção e redução de danos para uso abusivo de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas.
 - 2.3.9 Qualidade de vida e humanização da atenção.
 - 2.3.10 Reforma psiquiátrica: novos atores, suas metodologias e estratégias de participação.
 - 2.3.11 Impacto social das doenças mentais e das intervenções.
 - 2.3.12 Redes de apoio social.
 - 2.3.13 Medicina natural, práticas alternativas e complementares de saúde, tais como homeopatia, acupuntura e fitoterapia.
 - 2.3.14 Estudos referentes à família e aos cuidadores da pessoa com transtorno mental.
 - 2.3.15 Estudos para identificação de políticas e programas que favoreçam a desospitalização dos doentes mentais.
 - 2.3.16 Impactos do processo de descentralização, regionalização e atenção básica na assistência em saúde mental.
- 2.4 AVALIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS
- 2.4.1 Desenvolvimento e utilização de novas tecnologias na atenção a portadores de transtornos mentais.
 - 2.4.2 Novos métodos e técnicas de investigação dos transtornos mentais.
 - 2.4.3 Desenvolvimento de tecnologias de reabilitação.
 - 2.4.4 Pesquisas sobre medicamentos para transtornos mentais enfocando sua complexidade, problemas de acesso para a população e redução de efeitos colaterais e reações adversas.

3 VIOLÊNCIA, ACIDENTES E TRAUMA

- 3.1 ESTUDOS SOBRE A ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS
- 3.1.1 Políticas de atenção à violência, acidentes e trauma, incluindo os do trabalho, levando em consideração as questões culturais, econômicas, geográficas, e outras.
- 3.1.2 Sistemas e serviços de urgência e emergência: gestão, modelos e qualidade, regulação de fluxo e triagem nas etapas pré, intra e pós-hospitalar.

- 3.1.3 Avaliação de políticas, programas, projetos e demais intervenções relacionadas à prevenção da violência, acidentes e traumas, incluindo-se os do trabalho, violência familiar, suicídios, homicídios entre adolescentes e jovens, acidentes de trânsito, violência sexual, consumo de substâncias psicoativas, álcool e intoxicações.
 - 3.1.4 Sistemas de informações epidemiológicas em violência, acidentes e trauma, incluindo-se os do trabalho, para urgência, emergência e atenção básica.
 - 3.1.5 Avaliação de sistemas de vigilância de violências e acidentes, incluindo-se os do trabalho, considerando os aspectos políticos, sociais e culturais.
 - 3.1.6 Pesquisas referentes a tratamentos para os agressores e familiares das vítimas, com ênfase em modelos terapêuticos que ocorram na própria comunidade.
 - 3.1.7 Estudos sobre envolvimento, sensibilização, mobilização, fortalecimento e capacitação de lideranças e organizações comunitárias nas medidas preventivas de controle de danos e riscos relacionados à violência.
- 3.2 ATENDIMENTO PRÉ, INTRA E PÓS-HOSPITALAR: ENSAIOS CLÍNICOS E ESTUDOS EXPERIMENTAIS**
- 3.2.1 Avaliação da eficácia e segurança dos protocolos dos tratamentos utilizados no manejo das condições traumáticas.
 - 3.2.2 Efetividade do diagnóstico, terapêutica e prognóstico, com ênfase no diagnóstico por imagem.
 - 3.2.3 Estudos de novos métodos terapêuticos.
- 3.3 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA, ACIDENTES E TRAUMA: ESTUDOS QUANTITATIVOS DE BASE POPULACIONAL E ESTUDOS QUALITATIVOS**
- 3.3.1 Magnitude segundo tipos de violência: doméstica, sexual, psicológica, comunitária, institucional, auto-infligida, no trabalho, no trânsito, nos diferentes grupos populacionais, étnicos e segmentos sociais.
 - 3.3.2 Incidência e prevalência do comportamento violento e vitimização.
 - 3.3.3 Efeitos da violência no processo de adoecimento.
 - 3.3.4 Determinantes da morbimortalidade relativa aos principais tipos de violência (no trabalho, no trânsito, doméstica, sexual, comunitária, institucional, auto-infligida, nos diferentes grupos populacionais, étnicos e segmentos sociais).
 - 3.3.5 Determinantes, fatores e áreas de risco e ocorrência de danos relativos ao consumo de álcool e outras drogas psicoativas.

- 3.3.6 Tradução, adaptação e validação, no Brasil, dos instrumentos de aferição da violência, existentes em outros países.
 - 3.3.7 Formas de comunicação e educação em saúde para a prevenção de violência, acidentes, traumas e intoxicações, levando em conta as questões regionais.
 - 3.3.8 Levantamento exploratório de aspectos demográficos e socioeconômicos em acidentes e trauma.
 - 3.3.9 Criminalidade, uso e manipulação de armas por adolescentes em conflito com a lei e em situação de risco, tendo como base o Estatuto da Criança e Adolescente.
 - 3.3.10 Análise da estratificação social da violência e seus efeitos, com recorte étnico e socioeconômico:
 - 3.3.10.1 Efeitos da exclusão social e discriminação racial sobre a mortalidade e a violência que atingem adolescentes e jovens negros.
 - 3.3.11 Impacto dos traumas de trânsito e da violência na geração de deficiências.
 - 3.3.12 Estudos sobre a reinserção na vida produtiva e social dos portadores de deficiências produzidas em decorrência de traumas e violências.
 - 3.3.13 Estudos sobre a ação profissional ética e os aspectos ético legais, relacionada às situações de conflito ou dilemas em cenários de emergência, observando as questões de gênero, raça, idade e orientação religiosa do usuário.
 - 3.3.14 Estudos sobre os efeitos da propaganda de bebidas alcoólicas sobre a saúde da população, com ênfase nos problemas relacionados à violência e ao trauma.
 - 3.3.15 Estudos dos impactos produzidos por ações intersetoriais no quadro epidemiológico de violências, acidentes e traumas (Sistema Único de Segurança Pública, Projetos UNI, Fórum Comunitário de Combate à Violência).
- 3.4 ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**
- 3.4.1 História natural, determinantes e fatores de risco dos acidentes por animais peçonhentos e estudo das ações de prevenção.
 - 3.4.2 Identificação de material biológico de animais peçonhentos, com vistas a produção de soros, observando a variabilidade deste material e aplicabilidade na região de origem.
 - 3.4.3 Estudos sobre a disponibilidade de soros, principalmente na área rural, em áreas negligenciadas.

4 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

- 4.1 MAGNITUDE E DINÂMICA DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA
 - 4.1.1 Estudo da questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra.
 - 4.1.2 Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas).
 - 4.1.3 Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra:
 - 4.1.3.1 Informação estatística do quesito cor e de outras variáveis importantes no monitoramento da equidade em saúde;
 - 4.1.3.2 Análise epidemiológica da morbimortalidade por doenças genéticas e por doenças agravadas pelas condições de vida;
 - 4.1.3.3 Revisão sistemática sobre saúde da população negra.
 - 4.1.4 Estudos multidisciplinares sobre doença falciforme:
 - 4.1.4.1 Impacto epidemiológico, determinantes, repercussões e riscos;
 - 4.1.4.2 Clínico-epidemiológicos sobre a heterogeneidade da sintomatologia, ocorrência de complicações e reação adversa a medicamentos;
 - 4.1.4.3 Desenvolvimento de *kits* básicos para diagnóstico;
 - 4.1.4.4 Vigilância epidemiológica de infecções associadas.
 - 4.1.5 Doenças, agravos e condições da população negra:
 - 4.1.5.1 Hemoglobinopatias, hipertensão, diabetes *mellitus* e seus agravos;
 - 4.1.5.2 Deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase, e outras condições genéticas;
 - 4.1.5.3 Infecção por HTLV-I;
 - 4.1.5.4 Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids;
 - 4.1.5.5 Gravidez e obesidade na adolescência;
 - 4.1.5.6 Transtornos mentais.
 - 4.1.6 Pesquisas qualitativas e quantitativas sobre medicina popular de matriz africana e contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde.
- 4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS
 - 4.2.1 Estudos sobre as políticas governamentais afirmativas de discriminação positiva, na área da Saúde.

5 DOENÇAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES *MELLITUS* E OBESIDADE

- 5.1.1 Morbimortalidade, custo socioeconômico, adesão ao tratamento, evolução da doença e complicações.
- 5.1.2 Fatores de risco.
- 5.1.3 Mecanismos fisiopatológicos.
- 5.1.4 Desenvolvimento de métodos de promoção da saúde e métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces.
- 5.1.5 Estudos de rastreamento diagnóstico de doença celíaca em pacientes diabéticos.
- 5.1.6 Estudos sobre a importância das tensões emocionais (estresse) no desencadeamento da hipertensão arterial e no agravamento do diabetes *mellitus* e da obesidade.
- 5.1.7 Desenvolvimento de programas de estímulo ao estilo de vida ativo e estudo do impacto desses programas em diferentes populações.

5.2 ATEROTROMBOSE – doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana e doença arterial periférica

- 5.2.1 Morbimortalidade e custo socioeconômico.
- 5.2.2 Fatores de risco.
- 5.2.3 Mecanismos fisiopatológicos.
- 5.2.4 Desenvolvimento de métodos de promoção da saúde e métodos de diagnóstico e tratamento precoce, fase aguda e crônica, avaliando inclusive as técnicas de terapia celular.

5.3. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – asma e doença pulmonar obstrutiva crônica

- 5.3.1 Impacto das doenças respiratórias nos serviços de emergência do SUS.
- 5.3.2 Prevalência segundo faixa etária.
- 5.3.3 Doenças respiratórias e comprometimento da qualidade de vida, absenteísmo no trabalho e na escola.
- 5.3.4 Desafios no conhecimento da etiopatogenia e tratamento.
- 5.3.5 Estudo de eficácia e efetividade das práticas terapêuticas não-convencionais ambulatoriais.
- 5.3.6 Impacto das intervenções ambientais (queimadas, desmatamentos, etc.) no comprometimento do aparelho respiratório e da qualidade de vida.
- 5.3.7 Eficácia e efetividade das práticas terapêuticas.

- 5.4 OSTEoARTICULAR – artrites, artroses não especificadas e doenças da coluna (especificamente lombar e cervical)
 - 5.4.1 Prevalência segundo faixa etária.
 - 5.4.2 Impacto da doença osteoarticular nos serviços de atendimento ambulatorial e na rede hospitalar em todo território nacional.
 - 5.4.3 Episódios recorrentes de incapacitação temporária.
 - 5.4.4 Doenças osteoarticulares como causa de aposentadoria precoce.
 - 5.4.5 Efetividade das terapias disponíveis, incluindo acupuntura e terapia celular.
 - 5.4.6 Eficácia e efetividade das práticas de prevenção e reabilitação física e psicossocial.
 - 5.4.7 Pesquisas sobre neoplasias do sistema músculo-esquelético e de alternativas terapêuticas que preservem a função do paciente sem a necessidade de mutilações.

- 5.5 NEOPLASIAS
 - 5.5.1 Morbimortalidade, custo socioeconômico e qualidade de vida.
 - 5.5.2 Letalidade.
 - 5.5.3 Diferenças regionais.
 - 5.5.4 Fatores de risco.
 - 5.5.5 Investigação dos mecanismos fisiopatológicos do desenvolvimento das neoplasias.
 - 5.5.6 Desenvolvimento de métodos de diagnóstico e tratamento precoce, inclusive das técnicas de terapia celular.
 - 5.5.7 Etiologia do câncer: fatores de risco genéticos e ambientais, incluindo resíduos tóxicos, suas interações e influência de fatores sociogeográficos.
 - 5.5.8 Avaliação de programas de prevenção primária, de detecção precoce e de atenção a pacientes “fora de possibilidade terapêutica” (cuidados paliativos).
 - 5.5.9 Pesquisa clínica das neoplasias de maior prevalência no País, por meio da criação de redes nacionais integradas.

- 5.6 NEFROPATIAS AGUDAS E DOENÇAS RENAIIS CRÔNICAS
 - 5.6.1 Morbimortalidade e custo socioeconômico.
 - 5.6.2 Diagnóstico precoce, tratamento adequado e potencial de modificação da evolução da doença.
 - 5.6.3 Estudos sobre o mecanismo da doença.
 - 5.6.4 Avaliação tecnológica para o aprimoramento da Terapia Renal Substitutiva.
 - 5.6.5 Farmacovigilância dos medicamentos de uso contínuo.

5.7 HEMOPATIAS

5.7.1 Morbidade e custo econômico.

5.7.2 Letalidade.

5.7.3 Diferenças regionais.

5.7.4 Mecanismos fisiopatológicos.

5.7.5 Desenvolvimento de métodos de diagnóstico e tratamento precoce.

5.7.6 Detecção precoce e evolução da doença.

5.8 DOENÇAS REUMÁTICAS

5.8.1 Alterações valvulares decorrentes de doenças reumáticas.

5.9 PRIORIDADES COMUNS AO CONJUNTO DAS DOENÇAS NÃO- TRANSMISSÍVEIS RELEVANTES PARA A SAÚDE PÚBLICA

5.9.1 Mecanismos fisiopatológicos, celulares e moleculares.

5.9.2 Identificação de polimorfismos genéticos e suas interações com fatores de risco ambientais.

5.9.3 Estudos para identificação de determinantes sociais, fatores de risco e grupos populacionais vulneráveis.

5.9.4 Estudos sobre o impacto do uso do tabaco e do consumo de álcool no desenvolvimento das doenças não-transmissíveis.

5.9.5 Estudos de tendência temporal das doenças não transmissíveis nas diversas regiões do País.

5.9.6 Estudos epidemiológicos das doenças não transmissíveis em diferentes faixas etárias.

5.9.7 Estudos de intervenção, nas diversas regiões do País, para avaliação do impacto das ações de prevenção e controle.

5.9.8 Construção e seleção de indicadores epidemiológicos para monitoramento e vigilância dos fatores de risco, morbidade e mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis.

5.9.9 Desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e terapêuticos, com aplicações de avanços da bioengenharia, terapia celular e gênica, transplantes, medicina natural, terapias complementares e técnicas de reabilitação.

5.9.10 Desenvolvimento de novos medicamentos, compostos e formulações, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, visando à melhoria do tratamento, redução do alto custo e da dependência externa.

5.9.11 Avaliação de modelos de adesão ao tratamento e de redes de apoio social aos portadores de doenças não-transmissíveis.

- 5.9.12 Estudos de custo-efetividade dos métodos diagnósticos e intervenções terapêuticas.
- 5.9.13 Avaliação de políticas, programas e serviços.
- 5.9.14 Estudos referentes à dinâmica de vida dos portadores de doenças crônicas.
- 5.9.15 Avaliação da implantação dos serviços de transplantes.

6 SAÚDE DO IDOSO

- 6.1 **MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DO IDOSO**
 - 6.1.1 Estudos sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de saúde.
 - 6.1.2 Estudos sobre a organização familiar frente ao envelhecimento e relação intergeracional:
 - 6.1.2.1 Estudos sobre o papel do idoso como cuidador;
 - 6.1.2.2 Estudos sobre a contribuição das aposentadorias na composição da renda familiar.
 - 6.1.3 Determinantes das condições de vida do idoso, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, nutricionais, físicos e psicossociais:
 - 6.1.3.1 O envelhecimento em comunidades pobres.
 - 6.1.4 Identificação, distribuição e vulnerabilidade da população idosa.
 - 6.1.5 Desenvolvimento de indicadores para acompanhamento do envelhecimento e de prevalência das DST/aids na terceira idade.
 - 6.1.6 Avaliação da qualidade de vida dos idosos.
 - 6.1.7 Estudos sobre cuidados alternativos para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, em consonância com a Política Nacional do Idoso.
- 6.2 **COMPREENSÃO DOS MECANISMOS DAS DOENÇAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**
 - 6.2.1 Interação genético-ambiental na predição e prevenção das doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento.
 - 6.2.2 Marcadores preditores genético-moleculares de fragilidade (demência, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, osteoporose, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, distúrbios da deglutição, audição e outros).

6.2.3 Mecanismos etiopatogênicos de doenças associadas ao envelhecimento.

6.2.4 Mecanismos da imunidade no idoso.

6.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS

6.3.1 Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e do Estatuto do Idoso:

6.3.1.1 Identificação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos;

6.3.1.2 Avaliação do impacto de modelos de atenção e da utilização dos serviços de saúde: Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitário de Saúde;

6.3.1.3 Desenvolvimento de indicadores para monitoramento das políticas públicas.

6.3.2 Avaliação periódica da qualidade da atenção ao idoso no sistema hospitalar e asilar do SUS e da saúde suplementar.

6.3.3 Avaliação dos programas e estratégias de orientação às famílias e aos cuidadores responsáveis por idosos dependentes.

6.3.4 Avaliação das práticas e políticas de prescrição, obtenção e utilização de fármacos por idosos.

6.3.5 Desenvolvimento e avaliação de mecanismos de vigilância à saúde da população idosa.

6.3.6 Desenvolvimento e avaliação de estratégias de reabilitação:

6.3.6.1 Gerotecnologia assistida;

6.3.6.2 Acessibilidade universal;

6.3.6.3 Reabilitação funcional no que se refere à fragilidade, imobilidade, instabilidade, iatrogenia, incontinências, disfunção cognitiva, infecções, desnutrição, edentulismo e outros agravos de saúde bucal.

6.3.7 Desenvolvimento e validação de instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida dos idosos.

6.3.8 Desenvolvimento de tecnologia de autocuidado.

7 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

7.1 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

7.1.1 Período perinatal e primeiro ano de vida:

- 7.1.1.1 Determinantes da condição de vida e do desenvolvimento da criança, com ênfase nos aspectos ambientais, familiares, biológicos, nutricionais e psicossociais;
- 7.1.1.2 Determinantes e magnitude da morbimortalidade fetal, perinatal, neonatal e caracterização de anomalias congênitas, utilizando estudos multicêntricos;
- 7.1.1.3 Transmissão vertical de doenças como sífilis, hepatites, infecção pelo HIV e outras retrovírus;
- 7.1.1.4 Prevalência das doenças orais, periorais, deformidades cranio-faciais e perdas auditivas;
- 7.1.1.5 Elaboração de rotinas de diagnóstico e terapêutica das doenças e agravos decorrentes da prematuridade.

7.1.2 Infância:

- 7.1.2.1 Estado nutricional: desnutrição, obesidade, deficiência de micronutrientes;
- 7.1.2.2 Mecanismos básicos, clínica e epidemiologia relacionada à hipertensão arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso/obesidade, asma brônquica, neoplasias, saúde mental, saúde bucal, diabetes, doença falciforme, outras hemoglobinopatias, saúde auditiva e alterações respiratórias obstrutivas, febres reumáticas;
- 7.1.2.3 Deficiência, violência e acidentes, com ênfase naqueles decorrentes do trabalho infantil;
- 7.1.2.4 Estudos dos fatores de risco e de proteção da saúde e qualidade de vida de crianças portadoras de deficiências;
- 7.1.2.5 Condições de vida e de sobrevivência de crianças com necessidades especiais e seu processo de ajustamento no domicílio;
- 7.1.2.6 Prevalência de doenças osteoarticulares, com ênfase no impacto da iniciação esportiva precoce na saúde e qualidade de vida;
- 7.1.2.7 Efeitos da exclusão social e da discriminação racial sobre a saúde da criança;
- 7.1.2.8 Impacto do relacionamento familiar e das redes sociais de apoio no desenvolvimento e manejo dos problemas de saúde;
- 7.1.2.9 Impacto da morbidade sobre o desenvolvimento infantil e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor.

7.1.3 Adolescência:

- 7.1.3.1 Determinantes, repercussões e riscos da maternidade e paternidade na adolescência e estudos sobre as circunstâncias da primeira gravidez;

- 7.1.3.2 Determinantes da adesão a práticas sexuais seguras e inseguras e estudos comportamentais com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST/aids) e ao início da atividade sexual precoce;
- 7.1.3.3 Pesquisa intersetorial sobre a sexualidade dos adolescentes com ênfase nas mudanças corporais e exercício da sexualidade;
- 7.1.3.4 Efeitos da exploração sexual comercial da criança e do adolescente no seu desenvolvimento biopsicosocial;
- 7.1.3.5 Riscos associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, doenças sexualmente transmissíveis/HIV, violência e deficiência;
- 7.1.3.6 Violência, criminalidade, acesso, uso e manipulação de armas, mecanismos de recuperação de adolescentes em conflito com a lei;
- 7.1.3.7 Estudo sobre o impacto do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na proteção dos direitos da criança e do adolescente em situação de risco;
- 7.1.3.8 Impacto do relacionamento familiar e das redes sociais de apoio no desenvolvimento dos problemas de saúde;
- 7.1.3.9 Estado nutricional e composição corporal com alterações bioquímicas nos diversos estágios de maturação sexual;
- 7.1.3.10 Determinantes da anorexia, bulimia e obesidade;
- 7.1.3.11 Efeitos da exclusão racial e social sobre a saúde do adolescente.

7.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E TECNOLOGIAS

7.2.1 Período perinatal e infância:

- 7.2.1.1 Estudos da qualidade, efetividade, e humanização da atenção no pré-natal e ao recém-nascido de alto risco, incluindo orientação nutricional;
- 7.2.1.2 Efetividade de novas tecnologias para atendimento a recém-nascidos de alto risco;
- 7.2.1.3 Desenvolvimento de tecnologias em banco de leite humano para garantir a qualidade dos produtos e processos;
- 7.2.1.4 Desenvolvimento tecnológico para produção de imunobiológicos contra doenças da infância;
- 7.2.1.5 Desenvolvimento de novas tecnologias para redução da mortalidade infantil;
- 7.2.1.6 Elaboração e validação de curva de crescimento para prematuro;
- 7.2.1.7 Desenvolvimento e validação de instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida da criança e do adolescente;

- 7.2.1.8 Prevenção primária e secundária da diarreia, infecções respiratórias agudas e desnutrição;
 - 7.2.1.9 Estudos sobre promoção da saúde nas escolas, no domicílio e na comunidade e sobre o impacto da mídia no comportamento da criança;
 - 7.2.1.10 Desenvolvimento e avaliação de estratégias de prevenção e reabilitação da criança portadora de deficiência;
 - 7.2.1.11 Estudos de eficácia e efetividade de práticas terapêuticas voltadas à prevenção e reabilitação da saúde e qualidade de vida da criança;
 - 7.2.1.12 Estudos de avaliação e tratamento multidisciplinar da reabilitação da criança respiradora bucal.
- 7.2.2 Adolescência:
- 7.2.2.1 Estudos sobre o impacto das campanhas de prevenção de condutas de risco e mudanças de comportamento individual;
 - 7.2.2.2 Estudos sobre o impacto da mídia no comportamento do adolescente;
 - 7.2.2.3 Avaliação dos serviços de saúde quanto às oportunidades perdidas de orientação, informação e prevenção de fatores de risco na adolescência;
 - 7.2.2.4 Determinantes do acesso precário dos adolescentes do sexo masculino aos serviços de saúde;
 - 7.2.2.5 Estudos sobre a promoção da saúde nas escolas, no domicílio e nas comunidades;
 - 7.2.2.6 Desenvolvimento e avaliação de estratégias de prevenção e de reabilitação do adolescente portador de deficiência;
 - 7.2.2.7 Estudos de eficácia e efetividade de práticas terapêuticas voltadas à prevenção e reabilitação da saúde e qualidade de vida do adolescente;
 - 7.2.2.8 Estudos de avaliação e tratamento multidisciplinar da reabilitação do adolescente respirador bucal.

8 SAÚDE DA MULHER

- 8.1 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA MULHER
- 8.1.1 Abortamento:
- 8.1.1.1 Estudos sobre os determinantes biológicos e socioculturais do aborto, aborto recorrente, aborto de repetição em pacientes celíacos e violência;

- 8.1.1.2 Estudos comparativos entre Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) e curetagens tradicionais.
- 8.1.2 Contracepção e concepção:
 - 8.1.2.1 Prevalência e determinantes da infertilidade, incluindo a ação de resíduos tóxicos;
 - 8.1.2.2 Métodos contraceptivos usuais e alternativos;
 - 8.1.2.3 Estudos sobre impacto biopsicossocial da esterilização nas mulheres.
- 8.1.3 DST/aids em mulheres:
 - 8.1.3.1 HIV/ DST na adolescência e em mulheres maiores de 50 anos;
 - 8.1.3.2 Reprodução, sexualidade e HIV;
 - 8.1.3.3 Estudo da prevalência da transmissão vertical do HIV;
 - 8.1.3.4 HIV/ aids no casamento;
 - 8.1.3.5. Prevalência de *Chlamydia*, gonorréia, HPV e câncer de colo uterino;
 - 8.1.3.6 Determinantes da prática do sexo desprotegido.
- 8.1.4 Gravidez, parto e puerpério:
 - 8.1.4.1 Morbidade obstétrica grave;
 - 8.1.4.2 Suicídio na gravidez;
 - 8.1.4.3 Mortalidade materna e fatores de vulnerabilidade;
 - 8.1.4.4 Implicações do processo de amamentação na qualidade de vida da mulher: repercussões na saúde mental, no trabalho e na sexualidade;
 - 8.1.4.5 Morbimortalidade associada à utilização de tecnologias no parto;
 - 8.1.4.6 Estudo da gravidez e implicações para o processo produtivo;
 - 8.1.4.7 O impacto da mídia no comportamento da mulher;
 - 8.1.4.8 Estudo da prevalência e incidência de transtornos mentais na mulher grávida;
 - 8.1.4.9 Hipertensão gravídica e gravidez na adolescência;
 - 8.1.4.10 Efetividade da humanização da assistência ao parto e puerpério;
 - 8.1.4.11 Avaliação da qualidade do pré-natal;
 - 8.1.4.12 Avaliação dos determinantes e tratamento da depressão pós-parto;
 - 8.1.4.13 Prevalência e incidência de doenças transmissíveis durante a gravidez;
 - 8.1.4.14 Determinação cultural na escolha do tipo de parto (posição, alimentação e medicalização).

8.1.5 Sexualidade:

- 8.1.5.1 Determinantes comportamentais e diversidade de orientações sexuais;
- 8.1.5.2 Mulheres com deficiências;
- 8.1.5.3 Mulheres na adolescência.

8.1.6 Atenção e cuidado à saúde:

- 8.1.6.1 Medicalização do corpo feminino nas diferentes fases da vida;
- 8.1.6.2 Transtornos alimentares;
- 8.1.6.3 Desigualdades socioeconômicas, dimensão étnico-racial e de gênero;
- 8.1.6.4 Determinantes biológicos e socioculturais dos problemas de saúde associados ao climatério;
- 8.1.6.5 Práticas de cuidado à saúde da mulher em fase reprodutiva e no climatério;
- 8.1.6.6 Estudos de práticas complementares e medicina natural (como homeopatia, acupuntura, fitoterapia e outros) de atenção nas diferentes fases da vida da mulher.

8.1.7 Raça, etnia e saúde:

- 8.1.7.1 Prevalência de problemas de saúde e mortalidade em diferentes grupos raciais e étnicos;
- 8.1.7.2 Prevalência da anemia falciforme e seus reflexos no desenvolvimento físico e psicológico nas várias etapas da vida.

8.1.8 Saúde mental:

- 8.1.8.1 Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas e a determinação de gênero;
- 8.1.8.2 Prevalência de depressão, suicídio e violência contra a mulher.

8.1.9 Trabalho e saúde:

- 8.1.9.1 Relações entre os trabalhos sexual, infantil, rural, doméstico e a saúde;
- 8.1.9.2 Agrotóxicos e agravos à saúde reprodutiva;
- 8.1.9.3 Poluentes ambientais, câncer de mama e saúde reprodutiva;
- 8.1.9.4 Fatores ergonômicos e sensoriais e problemas ocupacionais;
- 8.1.9.5 Determinantes das condições de saúde da mulher, com ênfase nos aspectos ambientais e familiares.

8.1.10 Violência:

- 8.1.10.1 Mortalidade;
- 8.1.10.2 Sexual, doméstica, institucional, na gravidez, relacionada a DST/ aids e à deficiência.

8.1.11 Envelhecimento:

8.1.11.1 Qualidade de vida;

8.1.11.2 Determinantes biológicos e socioculturais das doenças crônico-degenerativas e das incapacidades;

8.1.11.3 Sexualidade na terceira idade.

8.1.12 Câncer de mama:

8.1.12.1 Estratégias de diagnóstico precoce adaptadas à realidade social e custo socioeconômico;

8.1.12.2 Impacto econômico dos programas de diagnóstico precoce do câncer de mama;

8.1.12.3 Custo-efetividade dos métodos propedêuticos e terapêuticos;

8.1.12.4 Avaliação da efetividade e custo-benefício de ações de diagnóstico precoce e tratamento;

8.1.12.5 Avaliação do impacto do tratamento sobre a reinserção profissional da mulher.

8.2. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE REPRODUTIVA

8.2.1 Estudo sobre a atenção ao aborto legal, ilegal, incompleto e por malformação fetal.

8.2.2 Impacto do uso de tecnologias contraceptivas e conceptivas nas mulheres.

8.2.3 Estudos comparativos sobre os modelos de atenção ao pré-parto, parto e pós-parto.

8.2.4 Morbidades relacionadas ao uso e não-uso de tecnologias no parto.

8.2.5 Estudos de satisfação da usuária na atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.

8.2.6 Qualidade da assistência às urgências e emergências obstétricas.

8.3 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

8.3.1 Acesso e qualidade da atenção à saúde das mulheres no sistema prisional e mulheres portadoras de deficiência.

8.3.2 Efetividade das ações de controle das DST/ HIV.

8.3.3 Efeitos adversos da terapia de reposição hormonal.

8.3.4 Acesso e qualidade da atenção e cuidado à saúde da mulher idosa.

8.3.5 Acesso e qualidade da atenção às mulheres que fazem sexo com mulheres, homossexuais, bissexuais, lésbicas, transexuais e outras orientações sexuais, e profissionais do sexo.

- 8.3.6 Impactos diferenciados das ações de saúde do trabalhador nas mulheres e homens.
- 8.3.7 Avaliação da efetividade da rede intersetorial que atende mulheres em situação de violência.
- 8.3.8 Qualidade dos dados sobre curetagens pós-aborto nos sistemas de informação existentes.

9 SAÚDE DOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

9.1 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

- 9.1.1 Representação social.
- 9.1.2 Preconceito, cidadania e direitos das pessoas portadoras de necessidades especiais.
- 9.1.3 Deficiência, gênero e sexualidade.
- 9.1.4 Contexto familiar dos portadores de necessidades especiais.

9.2 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE

- 9.2.1 Indicadores de saúde, prevalência de deficiências e qualidade de vida dos portadores de necessidades especiais.
- 9.2.2 Estudo epidemiológico das causas gerais de deficiências.
- 9.2.3 Vulnerabilidade e prevenção de problemas de saúde.
- 9.2.4 Saúde e reabilitação.
- 9.2.5 Saúde mental.
- 9.2.6 Relação entre o uso de drogas lícitas e ilícitas e a produção de deficiências nos fetos.
- 9.2.7 Análise do consumo de psicotrópicos pelos portadores de necessidades especiais.
- 9.2.8 Impacto da violência na geração de deficiências.
- 9.2.9 Importância e validade da triagem auditiva neonatal na prevenção e diagnóstico precoce da surdez.
- 9.2.10 Saúde bucal.
- 9.2.11 Doenças auto-imunes.
- 9.2.12 Prevalência das DST e aids.
- 9.2.13 Saúde reprodutiva e gênero em portadores de necessidades especiais.

9.2.14 Efeitos dos fatores ambientais na saúde e qualidade de vida dos portadores de necessidades especiais.

9.3 AVALIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS

9.3.1 Desenvolvimento de tecnologias de reabilitação de baixo custo.

9.3.2 Desenvolvimento de tecnologias da comunicação (fitas-cassete, disquete, CD-Rom, etc.) em *braille*, língua brasileira de sinais (Libras) e comunicação alternativa e/ou suplementar para deficientes visuais, auditivos e físicos/motores.

9.3.3 Produção de acessórios adequados ao cotidiano do deficiente.

9.4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

9.4.1 Técnicas de sensibilização e qualificação de recursos humanos para assistência aos portadores de necessidades especiais.

9.4.2 Acessibilidade aos serviços de saúde.

9.4.3 Avaliação e impacto das políticas e práticas de reabilitação nos programas de saúde.

9.5 ESTUDOS DE VALIDAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

10 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

10.1 SEGURANÇA ALIMENTAR

10.1.1 Avaliação nutricional dos alimentos regionais.

10.1.2 Estudos sobre a produção familiar de alimentos para autoconsumo e de manejo das espécies locais.

10.1.3 Desenvolvimento de métodos e técnicas de avaliação de consumo alimentar.

10.1.4 Consumo alimentar e valor nutricional, qualidade e contaminação da dieta, prioritariamente a de famílias sob a linha da pobreza.

10.1.5 Impacto de políticas públicas na segurança alimentar de famílias socialmente vulneráveis, grupos étnicos e populações específicas.

10.1.6 Saberes e práticas alimentares nas diversas etapas da vida e em diversas classes sociais.

10.1.7 Promoção da alimentação saudável e da atividade física.

10.1.8 Desenvolvimento de tabela nacional e regional de composição de alimentos.

- 10.1.9 Alimentação institucional (em creches, escolas, abrigos, presídios, hospitais, locais de trabalho e outros) e oferta de alimentos para portadores de necessidades alimentares especiais.
- 10.1.10 Tecnologia de alimentos: controle de qualidade e contaminação, aspectos nutricionais, mercadológicos e de biossegurança.
- 10.1.11 Prospecção da biodiversidade para identificação de espécies com interesse nutricional.
- 10.1.12 Impacto na saúde humana do uso de produtos químicos sintéticos na criação de animais.
- 10.1.13 Formas de produção e conservação de alimentos sem o uso de agrotóxicos, conservantes e corantes químicos.
- 10.1.14 Impacto e qualidade nutricional dos produtos transgênicos.
- 10.1.15 Técnicas de armazenagem de alimentos e preservação da qualidade nutricional.
- 10.1.16 Uso de substâncias não permitidas (nocivas) nas formulações de alimentos industrializados.

10.2 AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR DA CRIANÇA

- 10.2.1 Amamentação: tipologias, duração e fatores condicionantes, ideologias e condutas relacionadas com a amamentação e alimentação da criança, avaliação das atividades de promoção nos serviços de saúde.
- 10.2.2 Condicionantes sociais e biológicos na alimentação complementar do desmame.
- 10.2.3 Situação de saúde e nutrição da criança durante o aleitamento e complementação alimentar do desmame, com atenção especial aos alimentos que contém glúten.

10.3 DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTÉICA

- 10.3.1 Análise da distribuição dos determinantes e fatores de risco.
- 10.3.2 Modelos preditivos.
- 10.3.3 Sistemas de informações.
- 10.3.4 Avaliação de políticas e programas de saúde.

10.4 CARÊNCIAS NUTRICIONAIS POR MICRONUTRIENTES (FERRO, VITAMINA A, ÁCIDO FÓLICO, IODO E OUTROS)

- 10.4.1 Distribuição e análise cartográfica dos determinantes e fatores de risco.
- 10.4.2 Modelos preditivos.

10.4.3 Sistemas de informações.

10.4.4 Avaliação de políticas e programas de saúde.

10.4.5 Rastreamento diagnóstico de doença celíaca em pacientes anêmicos.

10.5 SOBREPESO E OBESIDADE

10.5.1 Análise da distribuição dos determinantes e fatores de risco.

10.5.2 Complicações metabólicas e sistêmicas.

10.5.3 Distribuição espaço temporal do consumo alimentar e atividade física.

10.5.4 Modelos preditivos.

10.5.5 Sistemas de informações.

10.5.6 Avaliação de políticas e programas no setor Saúde.

10.6 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE METODOLOGIAS

10.6.1 Instrumentos, métodos e indicadores de vigilância nutricional.

10.6.2 Métodos de informação, comunicação e educação.

10.6.3 Métodos para avaliação de ações, programas e políticas públicas.

10.6.4 Avaliação de gasto energético.

10.6.5 Manejo clínico dos problemas nutricionais.

10.6.6 Desenvolvimento de métodos e indicadores de avaliação nutricional no contexto familiar.

11 BIOÉTICA E ÉTICA NA PESQUISA

11.1 ASPECTOS TEÓRICO-PRÁTICOS DA BIOÉTICA NO CONTEXTO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO E SANITÁRIO BRASILEIRO (EPISTEMOLÓGICO, METODOLÓGICO E NORMATIVO)

11.1.1 Exercício da cidadania e direitos fundamentais.

11.1.2 Benefícios e malefícios dos processos de saúde.

11.1.3 Sentido de equidade, universalidade, gratuidade e controle social no SUS.

11.1.4 Desafios da bioética no mundo – aplicação do conhecimento ao contexto brasileiro, considerando as peculiaridades regionais.

11.1.5 Aspectos bioéticos das terapias alternativas existentes no Brasil.

11.1.6 Autonomia e fatores de vulnerabilidades dos voluntários de pesquisas no âmbito do SUS.

11.2 ASPECTOS BIOÉTICOS EM PROBLEMAS PERSISTENTES

11.2.1 Dilemas éticos relacionados ao abortamento, direitos reprodutivos e sexuais, uso de células-tronco e embriões em pesquisa, mortalidade infantil, mortalidade materna, terminalidade da vida – cuidados paliativos; transplantes, violência nas intervenções, nas relações interétnicas.

11.2.2 Identificação dos dilemas morais na assistência à saúde.

11.2.3 Estudos prospectivos sobre a bioética nas temáticas: atenção à saúde no Brasil, gestão do SUS, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, assistência farmacêutica, nutrição e segurança alimentar, complexo produtivo em saúde, avaliação de tecnologias em saúde e auditorias.

11.3 ESTUDOS SOBRE FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NAS PESQUISAS COM SERES HUMANOS

11.3.1 Estudo sobre a forma de atuação dos Comitês de Ética em Pesquisa e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Sistema CEPs-Conep).

11.3.2 Relação profissional de saúde-pesquisador; usuário-sujeito de pesquisa; vulnerabilidade; exclusão e cidadania.

11.4 ESTUDOS SOBRE QUESTÕES ÉTICAS NA COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

11.4.1 Ética e privacidade da informação.

11.4.2 Direito do cidadão sobre a inserção de seus dados nos sistemas de informações.

11.4.3 Direito de acesso à informação.

11.4.4 Direito individual e direito coletivo.

11.5 ESTUDOS SOBRE QUESTÕES ÉTICAS RELACIONADAS AO CUIDADO

11.5.1 Processo de morte, morrer e cuidados paliativos.

11.5.2 Uso intensivo de tecnologia médica (obstinação terapêutica).

11.5.3 Preconceitos e abandono da pessoa idosa.

11.5.4 Cidadania da pessoa idosa.

12 PESQUISA CLÍNICA

12.1 DESENVOLVIMENTO GERAL DA PESQUISA CLÍNICA

12.1.1 Avaliação de desempenho de métodos diagnósticos.

- 12.1.2 Avaliação de intervenções terapêuticas.
- 12.1.3 Avaliação de novas tecnologias e sua aplicabilidade.
- 12.1.4 Testes clínicos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, produtos oriundos da pesquisa nacional.
- 12.1.5 Estudos para elaboração e validação de protocolos clínicos, inclusive para atendimento em homeopatia e acupuntura.

12.2 TEMAS ESPECÍFICOS

- 12.2.1 Estudo de caracterização populacional e diagnóstico clínico de doenças congênitas com análise de parentesco.
- 12.2.2 Identificação de genes, polimorfismo genético e elaboração de banco de dados genéticos.
- 12.2.3 Avaliação clínica de novos medicamentos genéricos.
- 12.2.4 Ensaios clínicos de substitutos de insumos importados com alto custo.
- 12.2.5 Ensaios clínicos de práticas terapêuticas complementares.
- 12.2.6 Avaliação clínica do uso de medicação contínua para as condições mais prevalentes.
- 12.2.7 Pesquisa pré-clínica e clínica, de plantas medicinais, fitoterápicos e bioativos tradicionalmente utilizados pela população.
- 12.2.8 Terapia celular, células-tronco, farmacogenética.
- 12.2.9 Técnicas de biologia molecular para diagnóstico e testagem sorológica.
- 12.2.10 Avaliação clínica dos efeitos das intervenções de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

13 COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE

13.1 ENSAIOS PRÉ-CLÍNICOS, CLÍNICOS E DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA – VACINAS

- 13.1.1 Desenvolvimento de ensaios clínicos de vacinas (Fases I, II, III e IV).
- 13.1.2 Desenvolvimento de modelos experimentais animais para ensaios pré-clínicos de vacinas.

13.2 INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO – VACINAS

- 13.2.1 Desenvolvimento de novas vacinas utilizando as atuais e a transferência de tecnologia como plataforma.
- 13.2.2 Pesquisa e desenvolvimento (P&D) de vacinas veterinárias como plataforma tecnológica.

13.2.3 Pesquisa de novos adjuvantes e formas de aplicação.

13.2.4 P&D de vacinas, destinada a menores de 5 anos, que previnam várias doenças com uma só aplicação.

13.2.5 Vacinas prioritárias.

VACINA	INTERESSE ESTRATÉGICO	INTERESSE EPIDEMIOLÓGICO	REAÇÕES ADVERSAS
DENGUE		X	
DPT/ HBV/ Hib (nova combinação)			
DTPa			X
ESQUISTOSSOMOSE		X	
ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO			
FEBRE AMARELA	X		X
HBV/ HAV			
HEPATITE A		X	
HEPATITE C		X	
Hib (diminuir o número de doses)			
HIV		X	
HPV		X	
INFLUENZA (nova tecnologia de produção)	X		
IPV		X	X
LEISHMANIOSE		X	
LEPTOSPIROSE		X	
MALÁRIA		X	
MENINGITE A conjugada		X	
MENINGITE B/C + Hib			
MENINGITE B/C conjugada	X	X	
MENINGITE C conjugada		X	
PNEUMOCOCOS conjugada 7 valente		X	
RAIVA (diminuir o número de doses)			X
ROTAVIRUS		X	
TB		X	
TOXOPLASMOSE		X	
TRÍPLICE VIRAL (caxumba Jeryl-Lynn)			X
TRÍPLICE VIRAL + VARICELA			
VARIOLA	X		

13.3 HEMODERIVADOS

13.3.1 Pesquisa e desenvolvimento de hemoderivados.

13.4 EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS DE CUIDADOS À SAÚDE

13.4.1 Desenvolvimento, pelas indústrias nacionais, de equipamentos utilizados para a produção de medicamentos (farmoquímicos, fitoterápicos) e de insumos biotecnológicos.

13.4.2 Desenvolvimento tecnológico de materiais e/ou equipamentos de cuidados à saúde para substituição de importações.

13.4.3 Produção de equipamentos e produtos portáteis para o atendimento itinerante de populações carentes em regiões distantes.

13.4.4 Desenvolvimento, produção e aprimoramento de equipamentos e dispositivos nas seguintes áreas estratégicas: biomateriais; engenharia de tecidos; órteses e próteses; instrumental para a área da Saúde; equipamentos de alta, média e baixa complexidade para a área da Saúde; artigos e materiais de uso hospitalar; tecnologia em reabilitação; tecnologia em bioinformática e tecnologia hospitalar.

13.4.5 Estudos de avaliação de novas tecnologias e sua aplicabilidade.

13.5 PROPRIEDADE INTELECTUAL

13.5.1 Identificação e incentivo ao desenvolvimento de produtos e processos patenteáveis.

13.5.2 Avaliação da eficiência do gerenciamento da produção dos insumos estratégicos.

13.5.3 Avaliação do impacto da Lei de Patentes e da Política de Propriedade Intelectual sobre a Política de Saúde e sobre os custos de assistência farmacêutica do SUS.

13.6 PRODUTOS DIAGNÓSTICOS

13.6.1 Pesquisa, desenvolvimento e inovação de produtos diagnósticos.

14 AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E ECONOMIA DA SAÚDE

14.1 CICLO DE VIDA DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (INOVAÇÃO, INCORPORAÇÃO, USO E OBSOLESCÊNCIA)

14.1.1 Papel do Estado na regulação de produtos e serviços de saúde:

- 14.1.1.1 Avaliação de tecnologias, pré-comercialização e pós-registro nos serviços universitários e outras instituições de pesquisa;
 - 14.1.1.2 Processo regulatório e as necessidades do sistema de saúde: análise do papel das instituições, Inmetro, Ipeam, Anvisa e outros.
 - 14.1.2 Desenvolvimento de modelos de incorporação de tecnologias (especificações e homologações).
 - 14.1.3 Estudos sobre transferibilidade de tecnologias em saúde desenvolvidas em outros países.
 - 14.1.4 Estudos sobre transferência de tecnologias das universidades e institutos de pesquisa para as indústrias nacionais.
 - 14.1.5 Mapeamento de tecnologias no âmbito do SUS e no contexto internacional.
 - 14.1.6 Estudos sobre a capacidade de produção de tecnologias, competitividade e prospecção de inovações tecnológicas, segundo as necessidades do SUS.
 - 14.1.7 Conformidade e qualidade das tecnologias em saúde pré e pós-comercialização:
 - 14.1.7.1 Análise e desenvolvimento de metodologias para certificação de conformidade – qualidade;
 - 14.1.7.2 Metrologia e defesa do consumidor;
 - 14.1.7.3 Avaliação de materiais referenciados;
 - 14.1.7.4 Aferição e calibração dos equipamentos de saúde;
 - 14.1.7.5 Avaliação de qualidade de procedimentos, serviços e produtos;
 - 14.1.7.6 Iatrogenia decorrente do uso das tecnologias.
 - 14.1.8 Inovação e desenvolvimento tecnológico em terapêutica de alta complexidade.
- 14.2 AVALIAÇÃO ECONÔMICA E ANÁLISE DE CUSTOS EM SAÚDE**
- 14.2.1 Análise e desenvolvimento de metodologias para apuração de custos por procedimento, por tipo de paciente, por centro de responsabilidade, por nível de complexidade da atenção e por atividade.
 - 14.2.2 Estudos de custos de doenças.
 - 14.2.3 Estudos de formação e análise de variação de preços no setor Saúde.
 - 14.2.4 Estudos sobre investimentos no complexo produtivo da saúde.
 - 14.2.5 Validação de tecnologias e avaliação econômica da triagem neonatal.
 - 14.2.6 Estudo de custos e de avaliação econômica de terapias anti-retrovirais.
 - 14.2.7 Estudos de desempenho e impacto econômico do programa de controle do HIV/aids.

- 14.2.8 Estudos de avaliação econômica dos métodos diagnósticos e intervenções terapêuticas e custo socioeconômico das doenças transmissíveis e não-transmissíveis.
- 14.2.9 Avaliação econométrica das práticas de amamentação e alimentação complementar da criança.
- 14.2.10 Análise de custos socioeconômicos da violência nos estados e no Brasil.
- 14.2.11 Estudo de avaliação econômica e da efetividade de ações de precaução e biossegurança.
- 14.2.12 Análise da necessidade da importação de produtos farmacêuticos.
- 14.2.13 Avaliação de tecnologias: estudo comparativo entre o custo-benefício na introdução de uma nova tecnologia e aquela em uso, antes da substituição.
- 14.2.14 Avaliação econômica de programas escolares de educação e promoção da saúde e prevenção de sobrepeso/obesidade, e outros fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis (cardiovasculares, diabetes *mellitus*, câncer).
- 14.2.15 Estudos de custos de ensaios pré-clínicos e clínicos de novos medicamentos.
- 14.2.16 Impacto socioeconômico de programas de atendimento da doença falciforme.
- 14.2.17 Avaliação da eficácia, eficiência, efetividade e análise econômica do tratamento renal substitutivo.
- 14.2.18 Avaliação econômica das ações de controle de infecção hospitalar.
- 14.2.19 Avaliação econômica dos transplantes de órgãos.
- 14.2.20 Análise do custo econômico de “hospital-dia” para pacientes pós-transplantes de órgãos.
- 14.2.21 Avaliação econômica de nutrição enteral e parenteral domiciliar.
- 14.2.22 Avaliação do custo-efetividade, custo-benefício e eficácia dos procedimentos de alta complexidade em doenças cardiovasculares, ortopédicas e oncológicas.

14.3 ANÁLISE ECONÔMICA DO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

- 14.3.1 Análise das fontes de financiamento em saúde do setor público: avaliação da captação de recursos; alternativas de fontes de financiamento e estratégias para maximização dos recursos disponíveis e efeitos da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29.
- 14.3.2 Critérios de alocação de recursos: articulação entre custeio e investimento, alocação geográfica e equidade.

14.3.3 Formas de remuneração para as diferentes modalidades de atenção à saúde.

14.3.4 Diagnóstico e estudos prospectivos de gastos em saúde.

14.4 ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

14.4.1 Análise comparativa dos sistemas de saúde: fundamentos, estrutura, funcionamento e financiamento.

14.4.2 Análise do SUS como fator de desenvolvimento econômico e social – o significado econômico dos serviços e benefícios.

14.4.3 Estudos sobre a relação público-privado (estimativa dos gastos públicos envolvidos com financiamento dos seguros e planos de saúde, incentivos e renúncia fiscal).

14.4.4 Estudo sobre o impacto, na indústria nacional, das compras SUS de dispositivos e equipamentos importados.

14.5 ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ECONOMIA DA SAÚDE APLICADOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

14.5.1 Análise do uso de tecnologias e avaliação econômica na incorporação de tecnologias em saúde.

14.5.2 Análise do impacto das pesquisas de avaliação de tecnologias e economia da saúde na formulação de diretrizes, na tomada de decisão e nos resultados do sistema de saúde.

14.5.3 Análise de impacto econômico/financeiro dos instrumentos de gestão do SUS.

14.5.4 Elaboração de modelos explicativos da demanda e oferta por ações e serviços de saúde.

14.5.5 Avaliação de tecnologias em saúde e avaliação econômica de tecnologias da saúde como subsídio para elaboração das diretrizes clínicas e da política de aquisição de equipamentos diagnósticos e terapêuticos.

14.6 ESTRATÉGIAS DE ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DA AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ECONOMIA DA SAÚDE

14.6.1 Sistematização do processo de obtenção de dados primários e secundários, e recuperação/aproveitamento de estudos já realizados, em articulação entre a academia e os serviços de saúde.

14.6.2 Desenvolvimento de metodologias em avaliação de tecnologias em saúde e economia da saúde.

14.7 FARMACOECONOMIA

14.7.1 Análise de mercado: estudo de viabilidade econômica de medicamentos

(alto custo individual e coletivo); produção, distribuição e consumo; laboratórios oficiais; medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, e plantas medicinais:

- 14.7.1.1 Considerar sistemas de informações já existentes nas associações de classe e ou federações, acelerando processo e resultado.
- 14.7.2 Estudos de prospecção de tecnologias em fármacos, segundo as necessidades do SUS.
- 14.7.3 Avaliação de programas relacionados à produção de fitoterápicos e homeopáticos para o serviço público.
- 14.7.4 Análise da repercussão econômica e social de produtos farmacêuticos sob regime de patente.
- 14.7.5 Avaliação econômica da incorporação de medicamentos de alto custo no SUS.

15 EPIDEMIOLOGIA

15.1 DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL E METODOLÓGICO DA EPIDEMIOLOGIA

- 15.1.1 Estudos sobre modelos de determinação do processo saúde-doença que incorporem novas técnicas de análise e interpretação.
- 15.1.2 Novos modelos e abordagens da vigilância de eventos adversos à saúde e doenças emergentes: desenvolvimento de novas tecnologias para a vigilância epidemiológica de problemas de saúde, tais como: vigilância sindrômica, farmacovigilância, formas específicas de monitoramento, estudos de cenários, dentre outros.
- 15.1.3 Utilização das bases de dados secundários na análise e monitoramento da situação de saúde: elaboração ou seleção de indicadores, técnicas de análise e processos de monitoramento para a análise de situação de saúde e avaliação de sensibilidade, especificidade, valor preditivo e razão de verossimilhança dos processos selecionados.
- 15.1.4 Validação, consistência e integração de bases de dados secundários: validação e análise da consistência dos dados em cada uma e entre as diferentes bases, desenvolvimento de formas de integração dessas bases com as pesquisas nacionais realizadas periodicamente, tais como as Pesquisas Nacionais por Amostragem de Domicílio.
- 15.1.5 Avaliação das estratégias de produção de dados primários sobre situação de saúde: inquéritos e estudos de coorte.
- 15.1.6 Estudos para desenvolvimento de novos instrumentos de aferição, técnicas de análise de dados, conceitos e teorias, envolvendo a interface metodológica

da epidemiologia com a biologia molecular, ciências sociais, estatística, matemática e ciências da computação.

15.2 ESTUDOS SOBRE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

- 15.2.1 Estudos de morbidade e mortalidade, não restritas a determinadas doenças.
- 15.2.2 Estudos sobre a ocorrência, condicionantes e respostas sociais necessárias ao enfrentamento das incapacidades, sobrevida e funcionalidade.
- 15.2.3 Desenvolvimento e validação de instrumentos e métodos para mensuração, autopercepção e representações sociais sobre saúde em diferentes grupos populacionais.
- 15.2.4 Avaliação dos indicadores compostos, tais como carga da doença, índices de vulnerabilidade, de desenvolvimento humano municipal, de exclusão social, de condições de vida, dentre outros e desenvolvimento de novos indicadores.
- 15.2.5 Estudos sobre saúde global e aspectos de regulação internacional decorrente de deslocamentos internacionais.
- 15.2.6 Doenças novas com potencial pandêmico e situações semelhantes que exigem regulação internacional.
- 15.2.7 Estudos sobre migrações decorrentes de desemprego e da reestruturação do trabalho.
- 15.2.8 Pesquisas de novas metodologias e técnicas para a prospecção do comportamento epidemiológico de problemas de saúde já existentes e das probabilidades de surgimento de novos problemas.

15.3 AVALIAÇÃO DO IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO, SANITÁRIO E AMBIENTAL DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

- 15.3.1 Estudos dos impactos no perfil epidemiológico das populações, decorrente de intervenções (promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, redução de danos, saneamento básico, bolsa alimentação, campanhas de imunização e outras).
- 15.3.2 Estudos de eficácia, efetividade e eficiência de tecnologias em saúde levando em conta os impactos dessas tecnologias sobre o perfil de saúde e doença.
- 15.3.3 Avaliação de riscos associados ao uso de tecnologias em saúde, incluindo os exames de alta complexidade realizados no SUS.
- 15.3.4 Avaliação do instrumento de pactuação dos indicadores e acompanhamento

das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária (PPI-Vigilância à Saúde).

15.3.5 Estudo sobre o impacto de políticas sociais e econômicas no perfil epidemiológico da população brasileira.

15.4 DESIGUALDADES EM SAÚDE

15.4.1 Estudos para mensuração das desigualdades sociais, econômicas, de etnia, e gênero.

15.4.2 Desenvolvimento teórico-conceitual sobre os processos de determinação e elaboração de indicadores para mensuração de desigualdades sociais.

15.4.3 Estudos longitudinais sobre trajetórias de vida e desigualdade em saúde (posição de classe da geração parental, mobilidade social intergeracional e situação atual).

15.4.4 Avaliação dos efeitos das políticas sociais sobre as desigualdades em saúde.

16 DEMOGRAFIA E SAÚDE

16.1 MAGNITUDE E COMPREENSÃO DA DINÂMICA POPULACIONAL EM SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE

16.1.1 Pesquisa sobre os efeitos na saúde decorrentes do desequilíbrio entre população e meio ambiente.

16.1.2 Inquéritos periódicos de demografia e saúde.

16.1.3 Estudo sobre os padrões migratórios e seu impacto na saúde.

16.1.4 Estudos longitudinais de morbidade e incapacidade.

16.1.5 Estudos de padrões de mortalidade e fecundidade.

16.1.6 Inquéritos sobre a prevalência das perdas fetais e condicionantes.

16.1.7 Estudos sobre demografia do envelhecimento.

16.1.8 Avaliação de indicadores de mortalidade e morbidade.

16.1.9 Estudos de modelos demográficos para estimar probabilidades de transição, utilizando modelos de riscos competitivos e de multiestado, levando em conta vulnerabilidade e equidade.

16.1.10 Estudos de cenários demográficos prospectivos que apontem tendências no comportamento de segmentos populacionais, com repercussões para o planejamento em saúde.

16.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

16.2.1 Desenvolvimento de sistemas de indicadores sociodemográficos de bases municipal e regional:

16.2.1.1 Estimativas da população por idade, sexo e etnia;

16.2.1.2 Avaliação da cobertura e qualidade das bases de dados;

16.2.1.3 Desenvolvimento de metodologias para estimativa de parâmetros demográficos de pequenas áreas.

16.2.2 Estudo sobre a demografia da família e sua relação com a estratégia de atenção à saúde da família.

16.2.3 Estudos para melhoria da qualidade dos sistemas de informações demográficos.

16.2.4 Impacto da esterilização de homens e mulheres no crescimento populacional.

17 SAÚDE BUCAL

17.1 MODELOS DE ATENÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NOS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS.

17.2 DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL, INCLUINDO AÇÕES INTERDISCIPLINARES, COM BASE NAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL.

17.3 ESTUDOS RELATIVOS A FATORES DE RISCO E ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM GRUPOS VULNERÁVEIS E ESPECÍFICOS.

17.4 ESTUDOS SOBRE A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS BUCAIS: UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS, PRODUTOS E MATERIAIS ALTERNATIVOS PARA PREVENÇÃO, IMPACTO DAS AÇÕES DE PROGRAMAS DE HIGIENE BUCAL E DA FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO.

17.5 FATORES DE RISCO PARA OCORRÊNCIA DE FISSURA LÁBIOPALATAL E DE DOENÇAS BUCAIS EM GRUPOS VULNERÁVEIS.

17.6 ESTUDO DO IMPACTO DE HÁBITOS ALIMENTARES CARIOGÊNICOS, HIGIÊNICOS E COMPORTAMENTAIS DE NATUREZA CULTURAL E SOCIOECONÔMICA DA POPULAÇÃO.

17.7 ESTUDO SOBRE CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DE PERDA DENTAL, EDENTULISMO, CÂNCER BUCAL E DEMAIS PATOLOGIAS BUCAIS.

17.8 PESQUISA SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL.

17.9 ESTUDOS SOBRE OS RISCOS OCUPACIONAIS EM PROFISSIONAIS DA ÁREA ODONTOLÓGICA, COM ÊNFASE NAS HEPATITES B E C, AIDS E EXPOSIÇÃO AO MERCÚRIO.

- 17.10 DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO DE TÉCNICAS E MATERIAIS ODONTOLÓGICOS, DE QUALIDADE E BAIXO CUSTO, E DE EQUIPAMENTOS E PRODUTOS PORTÁTEIS PARA ATENDIMENTO EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO E EM REGIÕES DE DIFÍCIL ACESSO.
- 17.11 ESTUDO SOBRE ETIOLOGIA, EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO DA CÁRIE E DA DOENÇA PERIODONTAL NA SAÚDE INDIVIDUAL E NA POPULAÇÃO.*
- 17.12 ESTUDO SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS À SAÚDE BUCAL.*
- 17.13 ESTUDO DOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA MULTIDISCIPLINAR EM RESPIRADOR BUCAL.*
- 17.14 ESTUDO DE TRATAMENTOS ALTERNATIVOS DAS DOENÇAS BUCAIS DE GRANDE DEMANDA POPULACIONAL.*
- 17.15 ESTUDO PARA AVALIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL.*
- 17.16 ESTUDO SOBRE INOVAÇÃO DE PRÓTESES BUCAIS.*
- 17.17 DESENVOLVIMENTO DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL COM LIVRE ACESSO À POPULAÇÃO.*

18 PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 18.1 MAGNITUDE, DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS AGRAVOS E EVENTOS
 - 18.1.1 Conceito de saúde, qualidade de vida, políticas e práticas de promoção da saúde e fatores de proteção e de risco.
 - 18.1.2 Determinantes biopsicossociais e culturais dos problemas de saúde e da distribuição dos riscos, redes sociais, suporte social, desigualdade regional, discriminação.
 - 18.1.3 Validação e síntese de conhecimentos e tecnologias de promoção da saúde produzidos no País e no exterior.
 - 18.1.4 Exposição diferenciada a situações de risco (ruído, sedentarismo, desemprego, drogadição, obesidade, poluição, dentre outros), segundo condições e modos de vida de grupos populacionais específicos.
 - 18.1.5 Influências do processo de reprodução social como fator de risco para saúde.
 - 18.1.6 Exclusão social, ambiental e vulnerabilidade.
 - 18.1.7 Percepção de risco dos usuários quanto aos efeitos colaterais e contra-indicações de medicamentos.

18.1.8 Escolaridade e riscos sanitários da população brasileira.

18.1.9 Estudos socioantropológicos do processo saúde-doença e atenção à saúde.

18.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

18.2.1 Efeitos adversos das práticas de prevenção e controle de riscos desenvolvidos pelo sistema de saúde (iatrogenias).

18.2.2 Novas formas de gestão do estado e políticas públicas, intersectorialidade e a redefinição do papel do estado e sociedade na promoção da saúde e da qualidade de vida.

18.2.3 Políticas públicas, melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

18.2.4 Políticas de regulação da produção, promoção e consumo de alimentos, medicamentos, hemoderivados e outros produtos e tecnologias com efeitos na saúde.

18.2.5 Avaliação de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos em programas de saúde.

18.2.6 Avaliação do papel do agente comunitário de saúde no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos coletivos.

18.2.7 Estudos sobre a inter-relação das políticas de promoção de saúde com outras políticas que estão sendo colocadas no âmbito nacional e internacional para melhoria da qualidade de vida.

18.3 AVALIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS

18.3.1 Avaliação de desenvolvimento de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde.

18.3.2 Desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade.

18.4 INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE/ SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

18.4.1 Avaliação de informações divulgadas para a população em atividades de promoção da saúde.

18.4.2 Desenvolvimento de metodologias e instrumentos de comunicação social para difusão de informações, conhecimentos e práticas de promoção da saúde em todos os meios de comunicação.*

19 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

19.1 NOVOS CONHECIMENTOS

- 19.1.1 Identificação de novos alvos para desenvolvimento de procedimentos diagnósticos em doenças transmissíveis:
 - 19.1.1.1 Desenvolvimento de métodos de bioinformática para identificação de sítios-alvo de drogas, vacinas e testes diagnósticos (arbovirose e robovirose).
- 19.1.2 Identificação de novos alvos para tratamento em doenças transmissíveis:
 - 19.1.2.1 Identificação de alvos para diagnóstico e tratamento utilizando genômica, proteômica e bioinformática;
 - 19.1.2.2 Marcadores microbiológicos e imunológicos de cura ou recidiva: avaliação precoce da resposta terapêutica de novos esquemas terapêuticos antituberculose;
 - 19.1.2.3 Estudo da fisiopatogenia da neurite hansênica crônica e avaliação de novas drogas.
- 19.1.3 Identificação de alvos para vacinas.
- 19.1.4 Desenvolvimento pré-clínico e clínico de novas drogas incluindo fitoterápicos:
 - 19.1.4.1 Estudos relativos à utilização de produtos fitoterápicos e derivados da nossa biodiversidade com atividade antibiótica e/ou imunostimuladoras em HIV e aids;
 - 19.1.4.2 Descoberta e desenvolvimento de novas drogas, incluindo aquelas para uso na gravidez e considerando a resistência medicamentosa em malária;
 - 19.1.4.3 Estudo farmacológico dos recursos naturais visando a novas alternativas de tratamento para a leishmaniose, toxoplasmose e outras enfermidades;
 - 19.1.4.4 Realização de testes de suscetibilidade *in vitro* a drogas antifúngicas para leveduras patogênicas;
 - 19.1.4.5 Estudos de novos fármacos e farmacovigilância dos medicamentos existentes, novas drogas e do Prazinquantel para esquistossomose;*
 - 19.1.4.6 Desenvolvimento de novas drogas para tratamento das formas cutâneas, mucosas e difusas da leishmaniose tegumentar americana, incluindo aquelas de uso oral. *
- 19.1.5 Elucidação de mecanismos de resistência às drogas, inseticidas e competência vetorial:
 - 19.1.5.1 Resistência microbiana nas doenças sexualmente transmissíveis;
 - 19.1.5.2 Resistência e efeitos colaterais aos medicamentos anti-retrovirais;
 - 19.1.5.3 Cinética viral, resistência medicamentosa, interações vírus-hospedeiro, novos vírus, modelos experimentais para hepatites virais;

- 19.1.5.4 Avaliação da resistência vetorial aos produtos químicos e biológicos utilizados para o controle de arboviroses e outras doenças de transmissão vetorial;
 - 19.1.5.5 Estudos de competência e capacidade vetorial: genética, interação vírus-vetor, parasito-vetor, bioecologia e circulação de vírus;
 - 19.1.5.6 Estudo sobre “guerra biológica” ao mosquito transmissor do vírus da dengue.
- 19.1.6 Estudos de riscos ambiental (incluindo análise espacial), biológico e comportamental em doenças transmissíveis:
- 19.1.6.1 História natural das doenças sexualmente transmissíveis relacionadas ao câncer;
 - 19.1.6.2 Estudos etnográficos e sociais em DST com ênfase em HIV/aids;
 - 19.1.6.3 Estudos sobre os ecossistemas ligados a doenças virais e parasitárias;
 - 19.1.6.4 Representação social e práticas sexuais dos diferentes grupos sociais em relação a aids;*
 - 19.1.6.5 Representação social, preconceito, estigma, exclusão social, cidadania e direitos das pessoas com hanseníase.*
- 19.1.7 Pesquisas para a redução de infecção hospitalar: patógenos multirresistentes emergentes e controle do uso de antimicrobianos:
- 19.1.7.1 Prevalência dos principais fungos de importância médica como agentes etiológicos em infecções hospitalares;
 - 19.1.7.2 Pesquisa de técnicas moleculares para rastrear surtos intra-hospitalares;
 - 19.1.7.3 Pesquisa sobre eficácia, efetividade e eficiência das diferentes ações para o controle de infecções hospitalares.
- 19.1.8 Estudos de morbimortalidade de doenças transmissíveis:
- 19.1.8.1 Manifestações não usuais da dengue nos seus diferentes aspectos: frequência, gravidade, fatores de risco;
 - 19.1.8.2 Incidência e prevalência de DST, com ênfase em HIV/aids, nos diferentes grupos etários e populações vulneráveis;
 - 19.1.8.3 Pesquisa em HPV: prevenção, diagnóstico, tratamento, incidência, prevalência e educação em saúde;
 - 19.1.8.4 Pesquisa em hanseníase: prevenção, diagnóstico, tratamento, incidência, prevalência e educação em saúde e aspectos psicossociais da doença;
 - 19.1.8.5 Incidência, prevalência, mortalidade e sobrevida em HIV/aids segundo grupos etários e em populações vulneráveis;

- 19.1.8.6 Prevalência das hepatites virais e suas complicações;
 - 19.1.8.7 Fatores prognósticos de gravidade em hantavirose;
 - 19.1.8.8 Novas estratégias de monitoramento rápido para análises integradas de dados clínico-epidemiológicos, entomológicos, virológicos e ambientais: observatórios de alerta de dengue e febre amarela;
 - 19.1.8.9 Distribuição e prevalência da tuberculose: fatores sociodemográficos e população genotípica do patógeno;
 - 19.1.8.10 Estudos sobre a prevalência das diversas formas clínicas da esquistossomose, inclusive neuroesquistossomose, nas áreas de baixa prevalência;
 - 19.1.8.11 Pesquisa sobre a imunopatogenia e epidemiologia das seqüelas de tuberculose;*
 - 19.1.8.12 Incidência, prevalência e morbimortalidade da miocardite viral;*
 - 19.1.8.13 Estudos de morbimortalidade das populações de fronteiras com vista a prevenir doenças endêmicas e epidêmicas;*
 - 19.1.8.14 Impacto da reação hansênica pós-alta na morbimortalidade dos casos de alta por cura;*
 - 19.1.8.15 Magnitude das recidivas da hanseníase pós-poliquimioterapia específica;*
 - 19.1.8.16 Fatores e riscos da reação hansênica e da incapacidade física;*
 - 19.1.8.17 Estudos epidemiológicos, dos fatores associados ao risco de desenvolvimento da hanseníase e a disseminação espaço-temporal da endemia.*
- 19.1.9 Estudos Clínicos:
- 19.1.9.1 Diferenciação de infecções primárias e secundárias em dengue;
 - 19.1.9.2 Fatores que influenciam na resposta terapêutica à hepatite, qualidade de vida e tratamento em populações especiais;
 - 19.1.9.3 Síndromes febris icterico-hemorrágicas causadas por arbovírus;
 - 19.1.9.4 Desenvolvimento de modelo animal para dengue hemorrágico/ Síndrome do Choque do Dengue: avanços nos estudos da fisiopatogenia, tratamento, prevenção, testagem de imunobiológicos;
 - 19.1.9.5 Fatores do parasito e do hospedeiro associados ao desenvolvimento de formas graves, especialmente os relacionados ao desenvolvimento de formas pulmonares hemorrágicas e do sistema nervoso central em leptospirose;
 - 19.1.9.6 Mecanismos de imunidade e imunopatogênese da infecção da leishmaniose tegumentar americana e co-infecções;*
 - 19.1.9.7 Estudos da co-infecção e da imunologia da hanseníase;*

- 19.1.9.8 Reação hansênica: identificação de marcadores para diagnóstico diferencial entre reação hansênica pós-alta e recidiva na rede básica de saúde.*
- 19.1.10 Estudos referentes à cadeia de transmissão de doenças:
 - 19.1.10.1 Pesquisas e estudos sobre a transmissão, prevenção e tratamento do HTLV (I e II);
 - 19.1.10.2 Transmissão das hepatites virais na Região Amazônica e situações específicas;
 - 19.1.10.3 Fatores de risco para transmissão peridomiciliar da leptospirose;
 - 19.1.10.4 Papel de diferentes hospedeiros na transmissão da leptospirose urbana;
 - 19.1.10.5 Desenvolvimento de modelos para avaliar a capacidade de transmissão dos portadores em hanseníase;
 - 19.1.10.6 Modelos experimentais de transmissão de viroses tais como arboviroses e roboviroses;
 - 19.1.10.7 Papel dos reservatórios domésticos em leishmanioses e outras endemias;
 - 19.1.10.8 Estudos da urbanização da esquistossomose;*
 - 19.1.10.9 Estudo da distribuição espacial da leishmaniose tegumentar americana e fatores de risco, em áreas rurais e no peridomicílio.*
- 19.1.11 Epidemiologia Molecular:
 - 19.1.11.1 Análise genômica e proteômica de alvos terapêuticos, diagnósticos e de vacina;
 - 19.1.11.2 Seqüenciamento do genoma do *Culex* e *Aedes aegypti* e manipulação genética para controle do vetor;
 - 19.1.11.3 Estudos moleculares visando à caracterização etiológica de parasitas, fungos, vírus e bactérias;
 - 19.1.11.4 Genética dos parasitas e vetores, avaliação da capacidade vetorial em áreas de baixa transmissão e controle de vetores não domiciliares em doença de Chagas.
- 19.1.12 Inquéritos Sorológicos:
 - 19.1.12.1 Perfis sorológicos para arbovírus (infecções primárias e secundárias) das populações com diferentes coberturas vacinais para febre amarela;
 - 19.1.12.2 Identificação de áreas potenciais para teste de vacinas contra dengue, mediante diagnóstico da situação de imunidade de grupo, incidência de casos e vírus circulantes.

19.2 NOVOS INSTRUMENTOS

19.2.1 Novos métodos de diagnóstico para as doenças transmissíveis em especial os testes rápidos para diagnóstico precoce:

19.2.1.1 Desenvolvimento de testes, métodos e critérios diagnósticos para esquistossomose com pequena carga parasitária e para neuroesquistossomose;

19.2.1.2 Antígenos recombinantes diagnóstico de leptospirose na fase inicial da infecção;

19.2.1.3 Novas estratégias de controle, diagnóstico precoce e novas técnicas diagnósticas em tuberculose para grupos especiais;

19.2.1.4 Testes rápidos para dengue;

19.2.1.5 Expressão de proteínas virais recombinantes em sistemas heterólogos como leveduras, baculovírus e possivelmente células vegetais, dentre outros, para utilização nos kits de diagnóstico para dengue;

19.2.1.6 Desenvolvimento e validação de novos testes de hepatites virais para *screening* de doadores de sangue;

19.2.1.7 Marcadores imunológicos em HIV/aids, incluindo análise de população de linfócitos de TCD4+ de pessoas de diferentes grupos sociais, com ênfase naqueles que vivem em situação de iniquidade social;*

19.2.1.8 Novas estratégias de diagnóstico precoce e novas técnicas diagnósticas em toxoplasmose, com ênfase em indivíduos imunodeprimidos;*

19.2.1.9 Teste rápido para *Streptococcus beta hemolítico*;*

19.2.1.11 Validação dos critérios diagnósticos em hanseníase vigentes para a rede básica;*

19.2.1.12 Avaliação do uso de provas auxiliares no diagnóstico da hanseníase, como o teste da histamina;*

19.2.1.13 Estudos para padronização em nível nacional do antígeno de Montenegro para diagnóstico laboratorial da leishmaniose tegumentar americana.*

19.2.2 Métodos de identificação e tipagem de patógenos:

19.2.2.1 Protocolos para diferenciação de sorotipos e genótipos virais;

19.2.2.2 Métodos quantitativos para determinação de carga viral;

19.2.2.3 Variabilidade genética do HIV: genotipagem e sorotipagem;

19.2.2.4 Protocolos para identificação das espécies patogênicas de *leishmania* sp. na Região Amazônica;*

- 19.2.3 Desenvolvimento de instrumentos de bioinformática para análise de genomas;
- 19.2.3.1 Bioinformática e genômica aplicadas na identificação de alvos para drogas, vacinas e diagnóstico da malária.
- 19.2.4 Sistema de informação e modelos de predição de epidemias:
 - 19.2.4.1 Estudos de integração de bancos de dados;
 - 19.2.4.2 Modelos matemáticos de predição de epidemias;
 - 19.2.4.3 Modelos preditivos para construção de cenários futuros.
- 19.2.5 Desenvolvimento de protocolos clínicos:
 - 19.2.5.1 Métodos de prevenção e tratamento da malária em crianças e gestantes;
 - 19.2.5.2 Esquemas terapêuticos para casos de tuberculose resistente às drogas, tratamento das formas latentes e diminuição dos efeitos colaterais;
 - 19.2.5.3 Métodos de prevenção e tratamento de leishmanioses em imunossuprimidos.
- 19.2.6 Vigilância epidemiológica:
 - 19.2.6.1 Desenvolvimento de indicadores para avaliar o impacto do controle da malária e outras endemias;
 - 19.2.6.2 Novos métodos para construção de indicadores entomológicos e de risco epidemiológico para dengue e outras endemias;
 - 19.2.6.3 Modelos de busca ativa de casos e sistema de informação em hepatites virais;
 - 19.2.6.4 Desenvolvimento de indicadores para acompanhamento das hepatites nas clínicas de hemodiálise, considerando a transmissão intradialítica;*
 - 19.2.6.5 Desenvolvimento de indicadores epidemiológicos e operacionais de monitoramento da eliminação da hanseníase;*
 - 19.2.6.6 Estudo do uso de testes sorológicos rápidos para vigilância de contatos de hanseníase em áreas de alta endemicidade;*
 - 19.2.6.7. Desenvolvimento de indicadores para vigilância das recidivas, da resistência microbiana e pós-eliminação da hanseníase.*
- 19.3 AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS
 - 19.3.1 Impacto de tecnologias e políticas de prevenção, vigilância e controle:
 - 19.3.1.1 Adesão e impacto da terapia anti-retroviral em aids;

- 19.3.1.2 Impacto do tratamento e do controle em doença de Chagas, hanseníase e outras enfermidades;
- 19.3.1.3 Desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e avaliação de impacto sobre a prevalência de esquistossomose, hanseníase e outras enfermidades em áreas endêmicas;
- 19.3.1.4 Estratégias custo/efetivas para a prevenção da hepatite, diagnóstico e tratamento das hepatites;
- 19.3.1.5 Avaliação do tratamento de curta duração para leishmaniose;
- 19.3.1.6 Estudos para avaliação das estratégias e do impacto das ações desenvolvidas pelo Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, incluindo monitoramento e avaliação nos serviços básicos de saúde do SUS e antigos hospitais-colônias;
- 19.3.1.7 Validação dos critérios OMS para definição de caso de dengue hemorrágica/ Síndrome de Choque de Dengue utilizados na vigilância epidemiológica;
- 19.3.1.8 Estudos de bioequivalência e biodisponibilidade das drogas antituberculose e anti-retrovirais produzidos no Brasil;
- 19.3.1.9 Estudos de eficiência e impacto das ações que são desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controle de Dengue;
- 19.3.1.10 Avaliação do impacto do manejo ambiental no controle de vetores e reservatórios da Leishmaniose tegumentar e visceral;
- 19.3.1.11 Estudos sobre as causas de abandono do tratamento de hanseníase, tuberculose, febre reumática e paracoccidiodomicose e desenvolvimento de estratégias para melhorar a adesão ao tratamento destas patologias;
- 19.3.1.12 Avaliação das estratégias para ampliação de acesso a métodos efetivos de tratamento e prevenção da malária;
- 19.3.1.13 Avaliação da eficácia e efetividade das ações de controle de infecção hospitalar;
- 19.3.1.14 Estudos para avaliação do impacto das ações desenvolvidas pelo Sistema de Tratamento Diretamente Observado (DOTS) em tuberculose;*
- 19.3.1.15 Avaliação de programas estaduais de enfrentamento de doenças transmitidas por vetores de interesse para a saúde pública (dengue, leishmanioses, esquistossomose);*
- 19.3.1.16 Avaliação de vacinas humanas e caninas contra a leishmaniose visceral;
- 19.3.1.17 Qualidade, impacto e resolutividade da assistência integral à populações de soropositivos vivendo em situação de iniquidade social;*

- 19.3.1.18 Avaliação das ações de diagnóstico, tratamento e monitoramento do paciente com leishmaniose tegumentar americana em áreas rurais;*
- 19.3.1.19 Avaliação da qualidade das políticas de prevenção, vigilância, assistência e controle da leishmaniose tegumentar americana;*
- 19.3.1.20 Avaliação da qualidade da base de dados de notificação da leishmaniose tegumentar americana;*
- 19.3.1.21 Avaliação do acesso aos serviços de saúde das pessoas com hanseníase;*
- 19.3.1.22 Estudos sobre políticas de reabilitação física e psicossocial do paciente com hanseníase;*
- 19.3.1.23 Avaliação da implantação das ações de controle da hanseníase;*
- 19.3.1.24 Avaliação do uso de medicação profilática, além da vacinação BCG, nos comunicantes de hanseníase residentes nas áreas endêmicas;*
- 19.3.1.25 Indicadores para avaliação do impacto do BCG na redução dos casos novos de hanseníase e de formas multibacilares antes e após a eliminação;*
- 19.3.1.26 Adesão e abandono do tratamento dos pacientes com hanseníase;*
- 19.3.1.27 Avaliação e monitoramento do impacto da reação hansênica pós-alta nos atendimentos do SUS; *
- 19.3.1.28 Estudo sobre a prevenção de incapacidades físicas e sociais das pessoas com hanseníase;*
- 19.3.2 Custo efetividade, custo benefício e eficácia das intervenções:
 - 19.3.2.1 Avaliação da eficácia, eficiência e efetividade dos programas de controle, diagnóstico e tratamento de aids;
 - 19.3.2.2 Avaliação da carga de morbidade e impacto econômico e psicossocial da dengue, da hanseníase e de outras doenças endêmicas em diferentes grupos populacionais e regiões do País;
 - 19.3.2.3 Eficiência e efetividade do diagnóstico pelo teste de antígeno de Montenegro e da terapêutica da leishmaniose tegumentar americana.

20 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

20.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

20.1.1 Avaliação da informação em saúde: qualidade, consistência, fidedignidade, validade, completude, padrões de representação da informação das bases de dados, cobertura, aspectos tecnológicos, fluxos, trocas eletrônicas entre sistemas.

20.1.2 Estudos sobre o uso da informação nos processos decisórios do SUS:

20.1.2.1 Desenvolvimento de indicadores: índice de desenvolvimento em saúde (IDS) – qualificação de dados – ; desenvolvimento de conjunto mínimo de indicadores para gestão de sistemas e serviços da saúde; indicadores de avaliação; indicadores para carga de doença; e indicadores de qualidade de vida;

20.1.2.2 Estudos sobre sensibilização do profissional de saúde quanto à finalidade e importância da informação em saúde;

20.1.2.3 Desenvolvimento de metodologias para definir parâmetros de uso e análise das informações;

20.1.2.4 Desenvolvimento de metodologias para identificação unívoca do usuário;

20.1.2.5 Desenvolvimento de metodologias para integração operacional de sistemas de informação em saúde;

20.1.2.6 Avaliação da implementação de sistemas de informação em saúde, com identificação dos fatores críticos para o sucesso nos serviços de saúde;

20.1.2.7 Desenvolvimento de metodologias para regionalização e hierarquização de sistemas e serviços de saúde;

20.1.2.8 Avaliação do impacto do uso da informação e de tecnologias na gestão em saúde.

20.1.3 Estudos voltados à gestão de informação:

20.1.3.1 Gestão de informação e conhecimento no SUS;

20.1.3.2 Necessidades e demandas de informação;

20.1.3.3 Organização do processo de trabalho com a informação;

20.1.3.4 Identificação de competências na área de informação e informática em saúde.

20.2 ESTUDOS PARA O PREENCHIMENTO DE LACUNAS NA ÁREA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- 20.2.1 Produção de informação para os estudos de custo efetividade das tecnologias de saúde;
- 20.2.2 Produção de informações voltadas para a intersetorialidade (ambiente, educação, previdências, etc.);
- 20.2.3 Perfil epidemiológico e de utilização de serviços e custos do setor de Saúde Suplementar;
- 20.2.4 Integração de informações do setor de Saúde suplementar com as informações dos demais sistemas do SUS;
- 20.2.5 Diagnóstico da infra-estrutura de tecnologias de informação na área da Saúde no Brasil, dos sistemas de informação e portais existentes.

20.3 DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO COM BASE EM COMPONENTES, PADRÕES ABERTOS E **SOFTWARES** LIVRES, VOLTADOS PARA:

- 20.3.1 Apoio à decisão em sistemas e serviços de saúde.
- 20.3.2 Modelagem de processos de trabalho em saúde.
- 20.3.3 Estatísticas vitais.
- 20.3.4 Prontuário eletrônico multiprofissional do paciente em todas as etapas do atendimento.
- 20.3.5 Indexador, classificador, recuperador automático e genérico de conteúdos em saúde.

20.4 INFORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL

- 20.4.1 Estudo sobre o acesso e nível de conhecimento das populações sobre os agravos em saúde e a forma que esse conhecimento é disponibilizado pelos órgãos de gestão em saúde.
- 20.4.2 Estudo sobre métodos para transferência de informação da saúde para a população.
- 20.4.3 Estudos de impacto da efetividade da comunicação nos conselhos de saúde.
- 20.4.4 Desenvolvimento de metodologias de informação e comunicação entre os conselhos de saúde, suas representações e a sociedade.

20.5 INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TÉCNICA EM SAÚDE

- 20.5.1 Desenvolvimento de metodologias para interação do sistema de ciência

e tecnologia em saúde, sistemas de informação científica em saúde e os sistemas de informação em saúde.

- 20.5.2 Desenvolvimento de indicadores de avaliação, uso e impacto da produção científica em saúde.
- 20.5.3 Diagnóstico acerca de processos de transferência tecnológica entre os grupos de pesquisa e usuários, incluindo a avaliação dos principais entraves e mecanismos de otimização.
- 20.5.4 Desenvolvimento de metodologia para apropriação pelos gestores e serviços de saúde, usuários e sociedade das informações de resultados das pesquisas em saúde.
- 20.5.5 Desenvolvimento de rede de informação sobre ciência, tecnologia e inovação em saúde via internet; desenvolvimento de indicadores sobre uso e impacto das revistas científicas brasileiras em saúde.
- 20.5.6 Estudos sobre divulgação científica em saúde e seu impacto na construção do conhecimento e das práticas sociais, interface entre o conhecimento científico e outras formas de conhecimento.

20.6 COMUNICAÇÃO, MÍDIAS E SAÚDE

- 20.6.1 Desenvolvimento e incorporação de tecnologias de comunicação na saúde, tais como telemática.
- 20.6.2 Desenvolvimento das dimensões tecnológica, estética e política da linguagem da comunicação em saúde.
- 20.6.3 Desenvolvimento de metodologia de análise do impacto da mídia comercial e seus efeitos sobre a saúde da população.

20.7 COMUNICAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

- 20.7.1 Estudos sobre a comunicação no cotidiano dos serviços de saúde.
- 20.7.2 Estudos sobre comunicação e conflito de lógicas: lógica sanitária e lógica da população.
- 20.7.3 Estudos sobre formas de expressão de demandas da população.
- 20.7.4 Desenvolvimento de redes sociotécnicas em saúde – subjetividades e sociabilidades.

21 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

21.1 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

- 21.1.1 Referenciais teóricos e metodológicos da educação em saúde.

- 21.1.2 Lógicas e processos da formação de profissionais para todos os níveis de formação e de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS).
 - 21.1.3 Racionalidades médicas alternativas e a contribuição na formação de profissionais e na estruturação do processo de trabalho.
 - 21.1.4 Projeto político-pedagógico relacionado à área de Saúde: reformulação, inserção de propostas da Resolução n.º 218 do CNS, humanização do trabalho nos serviços e modelo biopsicossocial de atuação.
 - 21.1.5 Inovações curriculares na formação de profissionais e a adequação de metodologias educacionais às exigências sociais e técnicas do SUS.
- 21.2 ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS**
- 21.2.1 Formas de gestão do trabalho, do conhecimento e de tecnologias, do ponto de vista organizacional e institucional.
 - 21.2.2 Fatores de oferta e de demanda de formação e de postos de trabalho.
 - 21.2.3 Processos de trabalho e formação em saúde, suas especificidades relativas ao conjunto de profissões frente à incorporação de novas tecnologias, saberes, práticas e formas de inserção profissional, considerando a atenção básica, média e de alta complexidade.
 - 21.2.4 Avaliação do uso da política de humanização do trabalho nos serviços de saúde.
 - 21.2.5 Características do vínculo trabalhista: caráter formal, informal e precariedade do trabalho.
 - 21.2.6 Processo de regulação do trabalho e das profissões específicas da saúde; da formação e da educação permanente.
 - 21.2.7 Conformação dos mercados de trabalho de fronteiras e integrados em nível internacional.
 - 21.2.8 Experiências educacionais em saúde – nos serviços e na comunidade – face à estrutura, legislação pertinente e articulação com o setor educacional.
 - 21.2.9 Constituição e desempenho dos novos arranjos institucionais relacionados às iniciativas de educação permanente, com destaque para os Pólos de Educação Permanente.
 - 21.2.10 Abordagem da educação popular em saúde na formação e educação permanente em todos os níveis.
 - 21.2.11 Estudos sobre os processos de gestão do trabalho e educação profissional para as áreas de: Saúde Mental, Saúde do Idoso, Violência, Acidentes e Traumas, Hanseníase.
 - 21.2.12 Migração dos profissionais na rede de serviços de saúde e seus determinantes.

- 21.2.13 Novas profissões e novas metodologias de trabalho nas equipes do PSF, considerando as diferentes realidades de atuação.
- 21.2.14 Avaliação o impacto das capacitações das equipes do Programa de Saúde da Família para aumento de cobertura da hanseníase.
- 21.2.15 Avaliação das capacitações dos profissionais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase.
- 21.2.16 Análise do impacto da formação de recursos humanos na consolidação do SUS.
- 21.2.17 Produção e valorização de conhecimento popular.
- 21.2.18 Estudos para subsidiar a elaboração e implementação de Planos de Carreira para as funções relacionadas à CT&I, nas três esferas do SUS.
- 21.2.19 Impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal na alocação de recursos humanos na saúde.
- 21.2.20 Impacto de intervenções de educação continuada e formação profissional na área de assistência farmacêutica.
- 21.2.21 Avaliação da qualidade da assistência médica, com ênfase na consulta clínica, tempo e infra-estrutura.*

21.3 AVALIAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS

- 21.3.1 Desenvolvimento de tecnologias para qualificação de profissionais da saúde para atuação em formulação de políticas, organização dos serviços, formação de recursos humanos em saúde.
- 21.3.2 Desenvolvimento de metodologia de capacitação de profissionais da saúde, com ênfase na dimensão ética e valores morais relacionados à superação dos efeitos perversos dos determinantes sociais na saúde.
- 21.3.3 Desenvolvimento e avaliação de conteúdos, métodos e estratégias educacionais para formação e capacitação de recursos humanos para atuar em diferentes áreas da saúde.
- 21.3.4 Desenvolvimento de metodologias e o impacto da educação permanente em saúde.
- 21.3.5 Educação a distância incluindo aspectos como: modelos de tecnologias, telemedicina e utilização na educação permanente em locais de difícil acesso geográfico.
- 21.3.6 Desenvolvimento de metodologias e parâmetros para mensurar necessidades de profissionais e especialistas, em todos os níveis de formação, para o sistema de saúde.
- 21.3.7 Avaliação das estratégias de mobilização comunitária para atuar no programa de eliminação da hanseníase.
- 21.3.8 Estudos sobre a articulação de organizações não-governamentais e da

sociedade civil na formulação, implementação e avaliação de políticas em hanseníase.

22 SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

22.1 ENFOQUE TEÓRICO-METODOLÓGICO

22.1.1 Memória e história da Saúde.

22.1.2 Federalismo brasileiro.

22.1.3 Globalização, integração regional, acordos multilaterais.

22.1.4 Reforma do Estado.

22.1.5 Relações entre o sistema de saúde e a seguridade social.

22.1.6 Estrutura de financiamento das políticas sociais.

22.1.7 Filosofia e saúde.

22.2 DINÂMICA E COMPREENSÃO DOS SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

22.2.1 Estudos sobre organização básica do sistema, integralidade, descentralização, regionalização, intersetorialidade, cobertura, acesso e continuidade, qualidade e efetividade.

22.2.2 Estudos sobre modalidades de gestão, práticas gerenciais e relações público-privado; regulação; normalização, regulamentação e modelos de avaliação dos sistemas e ações de saúde.

22.2.3 Estudos sobre a incorporação do planejamento nas políticas de saúde e de tecnologias de gestão em saúde.

22.3 ESTUDOS SOBRE CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

22.3.1 Conselhos de saúde e conselhos de gestores: estrutura, representatividade, legitimidade, permeabilidade, paridade, impacto na prática e na gestão e dinâmica de funcionamento do SUS.

22.3.2 Conferências de saúde: caráter, impactos na efetivação da política do SUS, compromissos, representação paritária dos segmentos e envolvimento dos participantes.

22.3.3 Comunicação e mídia: dimensão e papel no controle social da saúde.

22.3.4 Poderes legislativo e judiciário na construção do SUS, em âmbito federal, estadual e municipal.

22.3.5 Inovação nos mecanismos participativos.

22.3.6 Satisfação do usuário e trabalhadores em relação às políticas, programas e serviços de saúde.

22.4 ESTUDOS SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE

- 22.4.1 Estudos sobre modelos de atenção à saúde adequados às populações em condições diferenciadas, destacando-se os aspectos geográficos, comportamentais, de gênero e transgêneros.
- 22.4.2 Estudos de avaliação sobre: qualidade e humanização no atendimento, resolutividade dos níveis hierárquicos do SUS, acesso aos serviços de saúde e às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.
- 22.4.3 Estudos sobre o Programa Saúde da Família: avaliação de impactos, avaliação sobre tecnologias de cuidado, orientação alimentar, inserção de novos profissionais na equipe.
- 22.4.4 Estudos sobre medicina natural e práticas complementares de saúde no SUS, tais como: homeopatia, acupuntura, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, fitoterapia e práticas corporais.
- 22.4.5 Estudos sobre a influência no acesso, cuidado e tratamento prestado pelo SUS, da identidade de gênero dos usuários e possíveis impactos na morbimortalidade e qualidade de vida.
- 22.4.6 Identificação de parâmetros de avaliação do sistema de saúde na perspectiva dos usuários.*

22.5 AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE*

- 22.5.1 Políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico: marco regulatório.*
- 22.5.2 Lei de Propriedade Intelectual, acordo sobre aspectos dos direitos de propriedade intelectual, relacionados com o comércio – TRIPS, Lei de Licitação.*
- 22.5.3 Impacto social da ciência, tecnologia e inovação.*
- 22.5.4 Impacto social do financiamento da pesquisa em saúde no Brasil.*
- 22.5.5 Apropriação do processo de produção, uso e disseminação do conhecimento.
- 22.5.6 Participação social e percepção pública da ciência e tecnologia.*
- 22.5.7 Avaliação do financiamento público e privado, e do fomento à pesquisa em saúde no Brasil.*
- 22.5.8 Avaliação do uso de pesquisas em políticas e programas de saúde pública – modelos e indicadores.*
- 22.5.9 Indicadores de monitoramento e avaliação do fluxo de recursos financeiros de P&D em saúde.*

23 SAÚDE, AMBIENTE, TRABALHO E BIOSSEGURANÇA

23.1 IMPACTO DAS TRANSFORMAÇÕES AMBIENTAIS SOBRE A SAÚDE

- 23.1.1 Monitoramento e avaliação dos grandes projetos de desenvolvimento para a Amazônia, semi-árido, cerrado e Pantanal, prevenção de danos à saúde e ao ambiente.
- 23.1.2 Substituição de processos produtivos rurais e urbanos, por modelos de produção mais limpos e menos perigosos, controle de pragas na agricultura.
- 23.1.3 Efeitos das desigualdades de poder no enfrentamento dos problemas ambientais: confronto entre Estado, empresas e trabalhadores.
- 23.1.4 Estudos sobre riscos transnacionais e exposição populacional.
- 23.1.5 Relação entre os fatores ambientais de risco: desmatamento, mineração, garimpagem, amianto, regiões de monoculturas, áreas sem saneamento básico, regiões com presença de animais silvestres, dentre outros e a ocorrência de endemias e epidemias.
- 23.1.6 Mudanças ambientais globais como desertificação, perda da biodiversidade, mudanças climáticas, desmatamento e impactos na saúde.
- 23.1.7 Inquérito nacional referente aos efeitos sobre a saúde e o meio ambiente causados pelo desequilíbrio de elementos e compostos químicos na natureza.
- 23.1.8 Monitoramento e avaliação contínua dos impactos socioeconômico, de saúde e ambiental dos grandes empreendimentos, em especial da exploração do petróleo e gás natural.

23.2 IMPACTO DA REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO SOBRE A SAÚDE

- 23.2.1 Estudos sobre a percepção social do risco.
- 23.2.2 Riscos do trabalho na área de Saúde, oriundos do próprio setor Saúde: riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais, biossegurança, ergonomia, iatrogenias, dentre outros.
- 23.2.3 Avaliação de programas de prevenção e de monitoramento da saúde do trabalhador na construção civil, garimpo, assentamentos rurais, trabalho informal, infante-juvenil, em condições de risco elevado, violência e outros.
- 23.2.4 Estudos sobre agravos, incluindo-se os acidentes e doenças decorrentes da sobrecarga de trabalho, exposição a fatores de risco, transtornos

neurocomportamentais, endócrinos, imunológicos, mentais, câncer, distúrbios decorrentes de fatores imateriais da organização da produção, dor crônica, doenças respiratórias (asma), malformação congênita, doenças decorrentes da exposição ao amianto e ao alumínio.

- 23.2.5 Efeitos da precarização do trabalho na saúde do trabalhador e das modalidades de produção arcaica resultantes dos processos de transferência de tecnologia.
- 23.2.6 Avaliação da qualidade de vida no trabalho formal e informal.
- 23.2.7 Exclusão social e ambientes vulneráveis.
- 23.2.8 Desenvolvimento e avaliação de programas de reabilitação profissional para vítimas de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais.*
- 23.2.9 Investigação das condições de trabalho para categorias profissionais específicas: profissionais da saúde, educação e informática.*
- 23.2.10 Avaliação das condições de trabalho nos setores metalúrgico, telemática, judiciário e nas empresas de segurança.*
- 23.2.11 Avaliação do efeito da exposição ocupacional e ambiental a agrotóxicos sobre a saúde humana, com destaque para a saúde do trabalhador rural.*

23.3 AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS REGULATÓRIAS DO ESTADO E IMPLICAÇÕES DO CONTROLE SOCIAL NOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO

- 23.3.1 Modelagem de problemas socioambientais e ecosociossanitários complexos que impactam a saúde.
- 23.3.2 Estudos de variáveis socioambientais que utilizem o território – bacias hidrográficas – e ecossistemas como unidade de análise.
- 23.3.3 Avaliação das intervenções e da gestão em vigilância sanitária.
- 23.3.4 Avaliação da política de saneamento básico em todas as suas dimensões.

23.4 DESENVOLVIMENTO DE MODELOS, METODOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO

- 23.4.1 Desenvolvimento de modelos de incorporação da assistência à saúde do trabalhador no SUS, com ênfase no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CERST).
- 23.4.2 Desenvolvimento de estratégias de difusão de informação, comunicação e notificação de riscos e acidentes ambientais e do trabalho.
- 23.4.3 Desenvolvimento de marcadores/indicadores, que levem em consideração o princípio da precaução, relacionados à vigilância sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador.

- 23.4.4 Desenvolvimento de protocolos clínico-assistenciais para investigação em saúde ambiental e do trabalhador.
- 23.4.5 Desenvolvimento de modalidades de aplicação de medidas de precaução, tais como novos equipamentos de proteção para os trabalhadores rurais.
- 23.4.6 Desenvolvimento de metodologias para avaliação de impacto na saúde (populacional e do trabalhador) do processo de licenciamento ambiental.
- 23.4.7 Estudos para melhoria da qualidade de mensuração da variável ocupação que abranja o mercado formal e informal.
- 23.4.8 Desenvolvimento de metodologias de avaliação e gerenciamento de riscos dos processos produtivos, de consumo antrópicos e geogênicos.

23.5 DESENVOLVIMENTO DE MODELOS, METODOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM BIOSSEGURANÇA

- 23.5.1 Desenvolvimento de procedimentos de biossegurança com ensaios pré-clínicos e clínicos, envolvendo os organismos geneticamente modificados (OGMs) e seus derivados.
- 23.5.2 Desenvolvimento de procedimentos laboratoriais, envolvendo o diagnóstico de organismos geneticamente modificados e seus derivados, para permitir efetiva rotulagem e a implantação de um programa de controle pós-comercialização dos produtos alimentícios e medicamentos.
- 23.5.3 Desenvolvimento de sistemas integrados de segurança biológica envolvendo os microrganismos emergentes, os reemergentes e os de introdução intencional, incluindo os processos de trabalho em hospitais, laboratórios e biotérios.
- 23.5.4 Produção de metodologias de diagnósticos laboratoriais de campo e para diagnóstico rápido/ varredura em biossegurança.
- 23.5.5 Métodos de diagnóstico e avaliação da situação de saúde relacionados a produtos, serviços e tecnologias: risco, eficácia, segurança e qualidade.
- 23.5.6 Desenvolvimento de metodologias para associação entre exposição, risco e agravos, que levem em consideração o conjunto de evidências clínicas, epidemiológicas, laboratoriais, estudos experimentais animais e a percepção social do agravo.

23.6 DESENVOLVIMENTO DE MODELOS, METODOLOGIAS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

- 23.6.1 Revisão do modelo atual de controle de endemias e análise de impacto do manejo ambiental integrado, vigilância ambiental, ações de saneamento básico e promoção da saúde.

- 23.6.2 Desenvolvimento de modelos de gestão em ambiente, saneamento e recursos hídricos com utilização de tecnologias de baixo custo, conscientização da população, e avaliação dos impactos sobre a saúde.
- 23.6.3 Produção de tecnologias para a intervenção e remediação em áreas contaminadas (passivo ambiental).
- 23.6.4 Desenvolvimento de matrizes de exposição para áreas agrícolas, industriais e de passivo ambiental com impactos na saúde.
- 23.6.5 Desenvolvimento de sistemas sentinelas para prevenção de danos à saúde e ao ambiente.
- 23.6.6 Desenvolvimento de metodologias para diagnóstico e avaliação de impacto ambiental na saúde devido a: agrotóxicos, domissanitários, produtos veterinários e descarte de produtos farmacêuticos, resíduos dos serviços de saúde, substâncias tóxicas persistentes, biotoxinas, transgênicos, poluentes orgânicos e solventes, metais pesados, radioatividade, depósitos de rejeitos industriais e domésticos (lixões), campos eletromagnéticos, poluição sonora, poluição atmosférica, queima de biomassa, cemitérios.
- 23.6.7 Desenvolvimento de tecnologia de redução e de destinação final de produtos causadores de danos à saúde humana e ao meio ambiente, oriundos de serviços de saúde, indústrias e domésticos, tais como: resíduos poluentes, tóxicos, químicos e radioativos.
- 23.6.8 Desenvolvimento de pesquisas relacionadas a saneamento, com ênfase no abastecimento de água, tais como: avaliação da relação saneamento e saúde, impactos e implicações da legislação no acesso da população à água de qualidade, uso de fontes alternativas de águas como cacimba e água de lastro.
- 23.6.9 Desenvolvimento de projetos para apropriação de novas tecnologias em engenharia de saúde pública e saneamento ambiental.
- 23.6.10 Tecnologias alternativas na área sanitária, tais como: coleta seletiva, reciclagem e processos de biorremediação em aterros sanitários.

24 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

24.1 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE FARMOQUÍMICOS E MEDICAMENTOS

- 24.1.1 Estudos dos farmoquímicos e medicamentos, considerando todo seu ciclo: da pesquisa à utilização segura de medicamentos, inclusive controle de qualidade e acesso pela população.

- 24.1.2 Desenvolvimento de farmoquímicos e medicamentos para tratamento de doenças de grande prevalência no País e nas regiões.
- 24.1.3 Exploração, produção e controle de qualidade de fitoterápicos, de acordo com as potencialidades regionais, para o tratamento das doenças de maior prevalência.
- 24.1.4 Pesquisas de princípios ativos, desenvolvimento em química fina e produção de insumos para produção pública de medicamentos para o SUS, considerando-se os aspectos legais relativos aos registros das patentes, de forma a garantir a autonomia da produção nacional.
- 24.1.5 Estudos em farmacoepidemiologia e farmacovigilância.
- 24.1.6 Atenção farmacêutica para grupos de pacientes especiais, especialmente na rede básica do SUS.
- 24.1.7 Pesquisa e desenvolvimento de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira.

24.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS

- 24.2.1 Desenvolvimento de instrumentos e indicadores de avaliação de processos de organização e gestão da assistência farmacêutica.
- 24.2.2 Estudos de avaliação da eficácia e efetividade da atenção farmacêutica.
- 24.2.3 Avaliação da eficácia, eficiência e efetividade do programa de medicamentos excepcionais.

EQUIPE TÉCNICA

2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
25 a 28 de julho de 2004

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – SECRETÁRIA-EXECUTIVA

Eliane Aparecida da Cruz

COORDENADOR-GERAL

Reinaldo Guimarães

COORDENADORES ADJUNTOS

Ana Lúcia Assad – Representante do Ministério da Ciência e Tecnologia

Jorge Guimarães – Representante do Ministério da Educação

RELATORA-GERAL

Suzanne Jacob Serruya

RELATORA ADJUNTA

Rita Barradas Barata

COMISSÃO ORGANIZADORA

André Luiz de Oliveira

Ciro Mortella

Eni Carajá Filho

Fernando Luiz Eliotério

Flávio Andrade Goulart

Francisca Walda da Silva

Gilda Almeida de Souza

José Rocha de Carvalho

Lílian Aliche

Mário Toscano de Brito Filho

Moisés Goldbaum

Neide Regina C. Barriguelli

Noemy Yamaguishi Tomita

Oraida Maria Abreu Gomes dos Santos

Paulo Ernani Gadelha Vieira
Reinaldo Guimarães
Renato Cordeiro
Walter Araújo Zin
William Saad Hossne

COMISSÃO EXECUTIVA

Reinaldo Guimarães – Coordenador-Geral
Ana Lúcia Assad – Coordenadora Adjunta
Jorge Guimarães – Coordenador Adjunto
Antonia Angulo-Tuesta – Secretária-Geral
Nelson Rodrigues dos Santos – Secretário Adjunto

COMISSÃO DE INFRA-ESTRUTURA

Luiz Gonzaga Araújo
Margarete Martins de Oliveira
Sonia Machado de Campos Dietrich
Volmir Raimondi

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Hebert Otto Schubart
Luiz Alberto Silva
Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo
Walmer José da Trindade Urtiga

COORDENAÇÃO DE RELATORIA

Membros
Carlos Alberto dos Santos
Célia Machado Gervasio Chaves
Fidelarina T. do Carmo
Gerson Oliveira Penna
José Cláudio dos Santos
Márcia Luz da Motta
Margarida Maria Santana da Silva
Regina Célia Borges de Lucena

Relatores de Síntese
Alba Lúcia B. Leite de Barros
Ana Paula Reche Corrêa
Bernadete Moreira de Moura

Carla Valéria Martins Rodrigues
Cristianne Aparecida Costa Haraki
Dirce Guilhem
Erika Camargo
Fátima Cabral
Flávia Helena Ciccone
Flávia Tavares Silva Elias
Guilherme Pinho
Helena Behrens
Helena Luna
Isabel Cristina G. P. dos Santos
Isabel Quint Berretta
Jacqueline Carvalho Gagliardi
Joel Luis Heisler
Jorge Luiz Buerger
Leila Nina Ribeiro Freire
Lilian Rose Peters
Luciana Alves Pereira
Luis Eugenio Souza
Maria Alice Fernandes Branco
Maria Aparecida Gussi
Marília Cristina P. Louvison
Paulo Roberto do Nascimento
Rosanita Baptista
Shirlene Holanda
Sonia Maria Cavacanti
Suely do Nascimento Silva

COMISSÃO DE ARTICULAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Eliane Aparecida da Cruz
Alessandra Ximenes da Silva
Lúcia Maria Figueiredo
Ada Rodrigues Viana
Adalgiza Balsemão Araújo
Augusto Alves de Amorim
Crescêncio Antunes da Silveira neto
Eni Carajá Filho
Francisco das Chagas Dias Monteiro

Gilca Ribeiro Starling Diniz
José Teófilo Cavalcante
Júlio César das Neves
Luiz Augusto Ângelo Martins
Maria de Lourdes Afonso Ribeiro
Maria do Espírito Santos Tavares dos Santos
Maria Eugênia C. Cury
Moisés Goldbaum
Nildes de Oliveira Andrade
Paulo César Augusto de Souza
Paulo Roberto V. de Carvalho
Pedro Gonçalves Oliveira
Sílvia Marques Dantas Oliveira
Solange Gonçalves Belchior
Volmir Raimondi
Wanderli Machado
William Saad Hossne
Zilda Arns Neumann

ASSESSORIA DE ORGANIZAÇÃO

Marylene Rocha de Souza (Coordenação)
Adinan Sidnei Trovo
Cristiane Vasconcelos Cruz
Eisenhower Bonfim Pereira
Fabrício Rocha Gangana
João Batista Geovanini da Silva
Paulo Ricardo Araújo de Ornellas Mendes

COLABORADORES

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Eliane Aparecida da Cruz
Alessandra Ximenes da Silva
Lucia Maria Costa Figueiredo

ASSESSORIA TÉCNICA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Ana Gabriela Nascimento Sena
Sílvia Maria Alves
Verbena Lúcia Melo Gonçalves
Maria Camila Borges Faccenda
Luciano Chagas Barbosa

Gleude Moura Rocha Couto
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Sandra Cassiano

Jannayna Martins Sales

Charles Lopes Nascimento

José Maria do Amaral Sobreira Filho

Willian de Lima Barreto

Maicon Vinicius de Camargo

Maria Rita Rodrigues da Silva

Rosa Amélia Pereira Dias

Wagner de Almeida Muniz

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA/ SECRETARIA DE CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS/MINISTÉRIO DA SAÚDE

Adriana Vieira de Sousa

Cássia Maria de Souza Barreto

Clarice Abreu Barros

Cristiano Gomes da Costa

Flávia Tavares Silva Elias

Francisco de Assis Correia Serra

João Carlos Saraiva Pinheiro

Juliana Araújo Pinheiro

Márcio Alex de Carvalho Silva

Maria Beatriz Amaro

Ronise Guerra de Sousa

Carlos Wendell Queiroz de Souza - SCTIE

DATASUS

Cláudia Rizzo

Ezequiel Pinto Dias

Gustavo Nascimento Rios

Marcelo Couto Ferreira



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes S40/610 – 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, junho de 2008

OS 0603/2008