



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

“Teses e Dissertações em Saúde Pública e Portarias do Ministério da
Saúde: Estudos de uma Década Sob a Ótica do DeCS”

por

Deise de Araujo Grigório

Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública

Subárea de Concentração: Políticas Públicas e Saúde

Orientadora: Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes

Rio de Janeiro, agosto de 2002

Aos meus pais Oswaldino e Dalila,
Irmãos Eduardo, Flávio e Adriana,
Aos "Pimpolhos da Dindinha" Arthur e Úrsula,
E ao Kico

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes, cujo, carinho e compreensão conseguiram me orientar para além dos limites desta dissertação.

À Fundação Oswaldo Cruz, por despertar em mim o orgulho de fazer parte desta Instituição.

À Ilma Noronha, Diretora do Centro de Informação Científica e Tecnológica – CICT, pelo apoio e carinho.

Aos amigos e companheiros da Biblioteca da ENSP, Ana Cristina, Ana Maria, Annalice, Beth, Bira, Carlos, Daisy, Cláudio Folly, Goretti, Ivete, Leonardo, Lilia, Lílian, Marcos, Regina e Rodrigo, que não só colaboraram suprimindo minha ausência, quanto torceram pela realização desta pesquisa. Muitíssimo obrigada.

Ao Alcimar, que além de apoio logístico, me emprestou confiança, amizade e alegria, seu maior dom. Um beijo Cici !!!

Aos funcionários do Arquivo da Fiocruz: Neusa, Raquel, Oswaldo, Célia e Gisele, pela recepção e acolhida durante minha estada naquele setor.

Aos membros diretores fundadores do GEE: Sérgio Alarcon, Márcia Frank Piovesan, Mário Moreira, André Guerrero, João Paulo Lyra Silva, Erivelto Martins & Maria Souto, - queridos amigos, a todos, um brinde!

Novamente a Alarcon, plagiando o próprio: *“pela excessiva obstinação de, nos últimos meses dessa escrita, ter me agüentado duas vezes mais que o suportável”*, e completando: - do pranto à festa, passando pelo futebol e pela filosofia, aquele que dá sentido ao termo “Amigão”. Valeu *Ptêu* !!!

À turma da subárea Políticas de Saúde, Eduardo Torre, Itamar Bento Claro, Márcia Mattos, Márcia Adriene de Souza, Mário Moreira, Patty Fidelis de Almeida, Sandra Goulart e Susidarley Borges. Companheiros de jornada.

À André Fampa, César Augusto Cardoso e Frederico Fragoso, que me prestaram “socorro informático” em momentos fundamentais para a concretização desta dissertação.

À Henrique José Kelmer, Diretor da Contemporary Informática, pela realização do CD-ROM e paciência em tirar minhas dúvidas em Microsis. Eterno mestre.

À toda a minha família pela confiança, carinho e apoio, especialmente ao meu primo José Cláudio Barroso.

À Ciça, pela insistente cobrança por minha presença; pela incansável força e pela teimosia em me fazer rir nas horas mais difíceis. Em algum lugar do tempo e do espaço fomos (e somos) irmãos.

À Carmem Prata, amiga que sempre me surpreende com suas ações e reações. Obrigada pelo apoio e perdão pelo Zipdrive queimado!!!

À Estela, Alice, Shirley, Bianca, e tantos outros amigos que souberam entender minha ausência e torceram por mim em silêncio.

E em especial à Jussara Long, sinônimo de amizade, determinação e luta. Lançadora da primeira semente, confiante que iria germinar, a quem realmente dedico este trabalho.

RESUMO:

O presente estudo trata de uma primeira aproximação entre dois eixos temáticos: o da produção científica na área da Saúde Pública e as diretrizes formais do Ministério da Saúde. Em relação ao primeiro eixo, investiga a produção científica da pós-graduação, mais especificamente as dissertações de mestrado e teses de doutorado, em Saúde Pública, produzidas no Brasil, na última década, indexadas na base de dados bibliográfica LILACS/BIREME. Em relação ao segundo eixo – diretrizes formais do Ministério da Saúde, indexa as Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, publicadas na última década no Diário Oficiais da União, objetivando a identificação das diretrizes políticas formais. Por se tratar de dois eixos temáticos, apresenta a evolução histórica das políticas de saúde desde o período do Brasil Imperial até a década de noventa; assim como, conceitua as principais etapas do processo de indexação de documentos. Para a análise temática foram construídas duas bases de dados, utilizando o software Microsis, onde foi utilizada a metodologia LILACS e o vocabulário controlado DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Os resultados obtidos em cada bloco foram analisados isoladamente, considerados até o terceiro nível hierárquico do DeCS, em tabelas e gráficos. Ao final é realizado estudo comparativo entre as tendências temáticas das teses e dissertações e as políticas formais do Ministério da Saúde, identificando a direcionalidade de cada eixo. Desta forma, apresenta uma pequena colaboração, sob a ótica da Ciência da Informação, para a área da Saúde Pública.

CIENCIA DA INFORMAÇÃO; POLÍTICA DE SAÚDE; DISSERTAÇÕES
ACADÊMICAS; DESCRITORES.

ABSTRACT:

The current study offers a first hand approximation of two thematic approaches: scientific production in the field of Public Health and the formal guidelines established by the Ministry of Health. With regards to the first thematic line, it investigates the production of graduate work, more specifically those Masters and Doctorate theses produced within the last decade in the field of Public Health in Brazil, which have been indexed at the bibliographic database known as LILACS/BIREME.

As far as the second thematic line is concerned, this work lists the minister's acts that have been published in the Official Gazette during the last decade to enable the identification of formal political guidelines. In addition to tracking the historical evolution of Brazilian health policies from the colonial period to the 90's, this study also characterizes the main stages in the process of document indexation. Two databases were constructed for thematic analysis utilizing the microisis software, the LILACS methodology and the controlled DeCS language, the latter standing for Health Science Descriptors. The results obtained were analyzed separately and considered up to the third hierarchical DeCS level through tables and graphs.

Finally, a comparative study was performed in order to analyze the thematic tendencies of the chosen dissertations and theses as well as the formal policies of the Ministry of Health, thus identifying the orientation of each of the two thematic approaches studied. In this respect, this work offers a small yet positive collaboration to the role of Information Sciences in the field of Public Health.

INFORMATION SCIENCE; HEALTH POLICY; DISSERTATIONS, ACADEMIC;
SUBJET HEADING.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. C&T e Produção Científica em Saúde Pública	11
1.1.1. Os Cursos de Pós-Graduação em Saúde Pública	13
1.1.1.1. Medicina Social, Saúde Pública e Saúde Coletiva	14
1.2. Políticas de Saúde: Breve Evolução	17
1.2.1. A Década em Questão: Os Anos 90	32
2. OBJETIVOS	39
2.1. Objetivo Geral	39
2.2. Objetivos Específicos	39
3. MATERIAL E MÉTODO	40
3.1. “Bloco 1”: Produção Científica: Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado	40
3.1.1. A Divulgação da Produção Científica	40
3.1.2. Indexação	43
3.1.3. Bireme, Lilacs, Decs	45
3.1.4. Construção da Base de Dados Bibliográfica: Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado	49
3.2. “Bloco 2”: Diretrizes Formais do Ministério da Saúde	54
3.2.1. Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	55
3.2.2. Construção da Base de Dados Bibliográfica: Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro – 1990-1999	56
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1. Bloco 1: Produção Científica – Teses/Dissertações	59
4.1.1. Análise Temática das Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado	63
4.2. Bloco 2: Diretrizes do Ministério da Saúde	89
4.2.1. Análise Temática das Portarias do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro	94

4.3. Produção Científica Acadêmica e Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	115
5. CONCLUSÕES	125
5.1. Bloco 1: Produção Científica – Teses/Dissertações	125
5.2. Bloco 2: Diretrizes Formais – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro	126
5.3. Produção Científica e Diretrizes Formais	128
6. Referências Bibliográficas	131

Anexos:

Anexo 1: Lista de Cursos Pós-Graduação – CAPES

Anexo 2: Centros Cooperantes da Rede BIREME

Anexo 3: Lista hierárquica da categoria SP – Saúde Pública do DeCS -
Descritores de Saúde (3º nível)

Anexo 4: Lista hierárquica das categorias principais do Decs - Descritores de
Saúde (1º nível)

CD-ROM: Bases de Dados Bibliográficas: a) Teses/Dissertações; b) Portarias
MS/GM

1. INTRODUÇÃO

“CAPÍTULO IV

Da Ciência e Tecnologia

Art. 218. *O Estado promoverá e incentivará o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação tecnológicas.*

§ 1.º *A pesquisa científica básica receberá tratamento prioritário do Estado, tendo em vista o **bem público** e o progresso das ciências.*

§ 2.º *A pesquisa tecnológica voltar-se-á preponderantemente para a solução dos problemas brasileiros e para o desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional.*

§ 3.º *O Estado apoiará a formação de recursos humanos nas áreas de ciência, pesquisa e tecnologia, e concederá aos que delas se ocupem meios e condições especiais de trabalho.*

§ 4.º *A lei apoiará e estimulará as empresas que invistam em pesquisa, criação de tecnologia adequada ao País, formação e aperfeiçoamento de seus recursos humanos e que pratiquem sistemas de remuneração que assegurem ao empregado, desvinculada do salário, participação nos ganhos econômicos resultantes da produtividade de seu trabalho.*

§ 5.º *É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular parcela de sua receita orçamentária a entidades públicas de fomento ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica.*

Art. 219. *O mercado interno integra o patrimônio nacional e será incentivado de modo a viabilizar o desenvolvimento cultural e sócio-econômico, o **bem-estar da população** e a autonomia tecnológica do País, nos termos de lei federal.”*

(Brasil. Constituição Federal, 1998)

Cresce a consciência de que, seja qual for o nível de capacidade produtiva, científica ou tecnológica que um país possua, é agora imperativo considerar a Ciência e Tecnologia no desenho das estratégias de desenvolvimento. Isto requer estratégias, políticas e ações para obter acesso à crescente base internacional de conhecimento, para desenvolver localmente capacidades complementares de Ciência e Tecnologia para disseminar e utilizar o conhecimento. (Sagasti, 1994 apud Pellegrini Filho, 2000)

“Ciência e Tecnologia não se tornarão relevantes para a sociedade brasileira como consequência de um evento, mas como consequência de um esforço continuado de qualificação de recursos humanos, em todos os níveis; da existência de leis e normas adequadas ao setor, que possibilitem mecanismos de gestão modernos, ágeis e eficazes, e estimulem a inovação; do bom funcionamento de organizações públicas de fomento, pesquisa e desenvolvimento articuladas entre si e sensíveis às demandas da sociedade. (...) Fundamentalmente, o que se impõe assegurar é a continuidade e o fortalecimento do esforço nacional no campo da Ciência e Tecnologia”. (Brasil, 2001, p. 5)

Considerando o exposto, pode-se afirmar que a relação entre Ciência e Tecnologia e políticas públicas de desenvolvimento, independente da área, não pode ser considerada apenas pelo quantitativo de produtos – entre eles a produção científica: artigos, livros, teses, patentes, e outros – e sim pela sua aplicação efetiva, enquanto retorno a uma gama de demandas, inclusive sociais.

A pesquisa em torno das respostas da produção científica em Ciência e Tecnologia relativas às necessidades sociais, significa uma abordagem metodológica que está muito além das limitações para a elaboração deste trabalho. Por este motivo, limitou-se, dentro da amplitude do universo possível de investigação, a elaboração de uma primeira aproximação entre dois eixos: o da produção científica na área da saúde pública e as diretrizes formais do Ministério da Saúde – visando contribuir para um conhecimento mais sistematizado destes dois eixos.

Em relação ao primeiro eixo, investigou-se apenas um aspecto da Ciência e Tecnologia, mais especificamente a produção científica da pós-graduação – dissertações de mestrado e teses de doutorado, em Saúde pública, como uma das mais importantes expressões da capacidade de resposta às questões colocadas pela sociedade. Levando-se em conta os

limites de elaboração de uma dissertação de mestrado, optou-se por analisar a produção em C&T na área da saúde pública no Brasil, considerando a direcionalidade das teses/dissertações, produzidas na última década.

Em relação ao segundo eixo – diretrizes formais do Ministério da Saúde, optou-se por investigar apenas um tipo de documento: Portarias do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro, publicadas na última década no Diário Oficial da União, objetivando a identificação das diretrizes políticas **formais**. A delimitação deste universo foi estabelecida sabendo-se da complexidade que envolve o processo de construção, legitimação e formalização de uma política de saúde, e, assim como no primeiro eixo, os limites deste tipo de estudo foram considerados.

Este trabalho abrange dois campos temáticos distintos: o da Saúde e o da Ciência da Informação. Deste modo, visando facilitar a circulação dos conhecimentos de cada campo, fez-se necessário, por um lado, tecer certos conceitos na área da ciência da informação, percorrendo alguns dos “caminhos” do processo de tratamento técnico de documentos e disseminação da informação, contribuindo para o melhor entendimento dos profissionais oriundos da área da Saúde. Por outro, fez-se necessário, para os profissionais da área da Ciência da Informação, discorrer sobre os principais fatos históricos, referenciais para as Políticas de Saúde, desde o período da monarquia brasileira.

1.1. C&T E PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE PÚBLICA

A década de noventa foi um período de profundas transformações nas estruturas econômicas, políticas e sociais em toda a América Latina e estas transformações tiveram reflexos na pesquisa científica em saúde. Em termos da distribuição da produção científica da região, Brasil, Argentina, Chile, México e Venezuela geram cerca de 90% das publicações da América Latina e Caribe, tanto no que se refere às ciências em geral quanto às ciências da saúde. O Brasil divide com a Argentina a liderança, mas esta produção ainda é considerada baixa em relação a países com tradição mediana em pesquisa científica como a Espanha. Neste contexto, a grade de

distribuição das três áreas – biomédica, clínica e saúde pública – não é homogênea, e novamente Brasil e Argentina são responsáveis por aproximadamente 70% dos artigos publicados em cada uma dessas áreas, sendo correspondente a 60% dos registros indexados na MEDLINE¹, oriundos da América Latina. (Pellegrini Filho, 2000)

A experiência brasileira na alocação de recursos para a C&T, considerando aqui as três principais agências de fomento nacionais CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos, vinculadas ao Ministério da Ciência e Tecnologia e a Fundação CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, vinculada ao Ministério da Educação, além do PADCT – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, coordenado pelas três agências e supervisionado pelo Banco Mundial, “(...) é essencialmente meritocrática e apresenta um grau relativamente baixo de desperdício de recursos (...)” (Guimarães, 1994, p. 103). O processo de avaliação instituído pela CAPES, com a colaboração do CNPq e outras agências de fomento, vem colaborando para o aumento do nível de qualidade da pós-graduação brasileira. (Brasil, 2001)

A última conferência de C&T, realizada em 2001, no capítulo referente ao “*Avanço do Conhecimento*” – do *Livro Verde*, mostra que a “*pós-graduação no Brasil constitui o cerne da pesquisa científica.*”, sendo base de formação de pesquisadores para instituições de pesquisa e para o mercado. Com isso, tem função estratégica na “*construção do futuro*”. Relata que “*sob todos os aspectos – número de cursos, alunos, bolsas, produção científica –, o quadro da pós-graduação no Brasil, nos anos 90, foi de expansão.*” (Brasil, 2001, p.59)

Ciência e Tecnologia em Saúde

1 **MEDLINE** é a base de dados internacional em Saúde, de maior expressividade na área da Saúde, desenvolvida pela National Library of Medicine dos Estados Unidos (RICYT, 1999, apud Pellegrini, 2000)¹

A área da saúde como campo de atuação envolve atividades que visam principalmente propiciar melhores condições de saúde à população. Dentre essas atividades está a pesquisa em saúde, aqui entendida como o processo de pesquisa e produção do conhecimento, que tem como objeto as condições de saúde e as respostas sociais para melhorá-las. As condições de saúde compreendem os processos biológicos, psicológicos e sociais – aqui incluídas as dimensões políticas e econômicas –, que definem o nível de saúde de um indivíduo ou população. As respostas sociais correspondem às ações organizadas pela sociedade para melhorar este nível. Tendo em conta estes objetos (condições/respostas) e os níveis de análise (indivíduo/população) se distinguem três tipos de investigação em saúde: biomédica (estudo das condições de saúde ao nível individual e subindividual), clínica (estudo das respostas no nível individual) e de saúde pública (estudo das condições e respostas no nível populacional) (Frenk, 1986, apud Pellegrini Filho, 2000).

1.1.1. OS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Até a década de 50, os cursos de pós-graduação eram realizados nas Escolas de Saúde Pública (São Paulo e Rio de Janeiro) ou no exterior. Os programas de residência médica vinculados aos departamentos de medicina preventiva e social surgem por volta de 1962, época também em que ocorre o desenvolvimento da pós-graduação *strictu sensu* nas escolas de saúde pública. (Nunes, 1994)

A partir dos anos setenta, a expansão da pós-graduação é marcante pela multiplicação desses cursos em faculdades e escolas vinculadas, ou não, a universidades federais, estaduais ou particulares. Este crescimento é decorrente da criação das agências de fomento voltadas ao desenvolvimento das atividades de pesquisa e à formação de pesquisadores, dentre elas a CAPES, criada em 1951 e reestruturada em 1974.

Nos cursos de pós-graduação em saúde pública são realizados trabalhos de pesquisas envolvendo os mais variados temas, dada a característica multidisciplinar da área, dos quais participam o corpo docente,

pesquisadores e corpo docente. Segundo Noronha (1996), a demanda aos cursos de pós-graduação é baseada principalmente pelos docentes das faculdades que necessitam de titulação, e de alunos que, sem vínculos empregatícios com faculdades ou instituições de ensino superior, visam aprimorar ou investir na sua capacitação profissional para a concorrência do mercado de trabalho.

1.1.1.1 MEDICINA SOCIAL, SAÚDE PÚBLICA, SAÚDE COLETIVA

Medicina Social

As origens de um pensamento social em saúde datam da metade do século XIX nos movimentos europeus de reforma médica. Estes movimentos trazem, juntamente com as idéias liberais, a “*consciência da importância do papel dos fatores sociais para a compreensão dos problemas de saúde e das relações da medicina com os assuntos públicos, e em certo sentido, como no caso da França, o do monopólio da profissão médica sobre o saber e a prática da medicina*”. Neste momento surge a definição da ciência médica como uma ciência social. Até então, as denominações que acompanhavam essas idéias eram muito variadas: higiene social, polícia médica, saúde pública, medicina legal. Foi durante a reforma médica, neste período, que foram agrupados sob a rubrica da medicina social um conjunto de preocupações em torno de algo com “*maior consistência e organização*” (Nunes, 1996, p.56).

Michel Foucault (1990) apresenta a emergência da Medicina Social no final do século XVIII e início do século XIX, em três formas e locais distintos: Alemanha – Medicina do Estado, França – Medicina Urbana e Inglaterra – Medicina dos Pobres.

A Alemanha, nesta época, não possuía uma noção de Estado e havia a necessidade de unificação e reestruturação da economia (estagnada). Surge então a medicina do Estado e a criação da polícia médica, totalmente sob seu controle, para garantir a saúde da sociedade e a supremacia do “Estado Alemão”. Esta polícia fica responsável por estabelecer a ordem, naquilo que, na concepção do Estado, era saúde e a garantia da

saúde da força de trabalho. Esta medicina está voltada para o corpo não como força de trabalho, mas como força Estatal – o corpo médico era subordinado ao Estado dando a noção de que o Estado controla o corpo (humano) – integrante do Estado. Assim, antes da medicina clínica do século XIX, encontra-se uma medicina funcionalizada, coletivizada e estatizada ao máximo.

A Medicina Urbana surge na França, onde se inicia um levantamento estatístico de nascimentos e mortes com preocupação voltada para o crescimento da população. Com as mudanças no comércio e economia, houve uma intensa migração para o espaço urbano e então a necessidade de controle e exclusão de tudo aquilo que não fosse salubre ou higiênico dentro deste espaço. Existia uma preocupação sanitária com o meio e a influência deste na causa de enfermidades, procurando melhorar a circulação do ar, da água e controlando os miasmas. Houve também a necessidade de enterrar os mortos, preferencialmente fora do espaço urbano. Era uma medicina de exclusão dos doentes. Este controle era feito pela polícia médica. Havia também o interesse em se investir no treinamento do Exército, para diminuir a perda de contingente. A questão essencial da medicina social francesa é a noção de Higiene Pública, entendida como o controle e modificação do meio para proteção e promoção da saúde. Uma característica importante deste modelo, que deve ser ressaltada, é que ele não interferia com a propriedade privada, o que o impedia de exercer um poder político direto análogo ao observado no modelo alemão.

A Medicina da força de trabalho, na Inglaterra, dentro de uma lógica capitalista, objetivava essencialmente o controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las aptas ao trabalho e menos perigosas às classes abastadas. Sua organização se estabelecia através de três sistemas médicos superpostos: assistência médica aos pobres, medicina administrativa e medicina privada para as classes altas. Não era possível excluí-los do espaço urbano, pois eles eram os prestadores de serviços essenciais na vida cotidiana. Surge então a Medicina dos pobres. Era uma medicina com setores bem delimitados, com estrutura e poder diferentes, permitindo um esquadramento médico bastante completo, que perdurou até a primeira metade do século XX.

Saúde Coletiva

“A saúde coletiva, como campo de saber e de práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, independente do tipo de profissional ou de organização de serviços, tem um caráter histórico e estrutural. Assim, seus desafios não se limitam ao tipo de profissional nem ao respectivo modelo institucionalizado, seja de serviços, seja acadêmico. Também não se esgotam em reforma setorial ou desenvolvimento curricular. Tais desafios estendem-se a toda organização social, desde a produção, distribuição e consumo de bens e serviços até as formas de organização do Estado e seus aparelhos em suas relações com a sociedade, incluída a sua cultura” (Paim, 1992, p. 47). Em 1979 a “idéia de saúde coletiva” é consolidada com a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, que tinha como objetivo a formação de pessoal de saúde em nível de pós-graduação. Esta formação deveria ser orientada por *“um processo gerador de análise crítica do setor saúde, na realidade social em que se insere; que seja potencialmente capaz de influir no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços”*. (ABRASCO, 1982 apud Nunes, 1994, p. 61)

Saúde Pública

O conceito de saúde pública no Brasil está historicamente ligado a atuação do Estado: Saúde Pública = sanitarismo = higiene = público. *“Pouco a pouco, entretanto, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção de doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública. A saúde pública era complementada por um núcleo de pesquisa das enfermidades que atingiam a coletividade – a epidemiologia”*. (Bertolli Filho, 1999, p. 12-13)

As três expressões: Saúde Coletiva, Medicina Social e Saúde Pública *“referem-se a uma mesma realidade de ‘reunião’ (coletivo), de*

*‘associação’ (social), de ‘coisa comum’ (público)” (Schramm, 1993). Aprofundar uma discussão teórica/conceitual/histórica sobre cada um destes conceitos, ou qual é o mais abrangente ou mais adequado para ser utilizado como representante da “área” não é objetivo deste estudo. Será utilizada a denominação **Saúde Pública**, doravante, pelo fato de ser a terminologia adotada pelo Decs – Descritores em Ciências da Saúde, instrumento que será detalhado mais adiante.*

1.2. POLÍTICAS DE SAÚDE: BREVE EVOLUÇÃO

“DIREITO à Saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da Saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”

(Relatório final da VIII CNS)

Para traçar um histórico sobre as políticas de saúde no Brasil faz-se necessário falar também das políticas sociais e, em especial, da seguridade social. Uma política de saúde não pode existir isolada, devendo articular-se com projetos e diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade, tais como: educação, trabalho, seguridade, alimentação, transporte, habitação. No conjunto, a presença e atuação do Estado nessas áreas recebem o nome de política social. *“Historicamente, a política social tem sido o setor menos privilegiado pelas autoridades republicanas”,* fato advindo de nossa herança colonial escravocrata. (Bertolli Filho, 1999, p. 15)

Ao longo da história – e até os dias atuais – as políticas de saúde mantiveram íntima relação com as políticas trabalhistas e securitárias. Na Constituição Nacional vigente (1988), as políticas sociais são apresentadas no Título VIII – *“Da ordem social”*, subdivididas em oito capítulos, sendo que o capítulo I ressalta: *“A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem estar e a justiça sociais”*; e o capítulo II, *Da Seguridade Social*, na seção I – nas disposições Gerais define: *“A seguridade social*

compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. As demais seções deste capítulo são: “seção II – Da saúde”; “seção III da Previdência Social”; e “seção IV – Da Assistência Social”. Segue uma apresentação sobre os principais marcos históricos que influenciaram a atual conformação da política de saúde no Brasil.

No Brasil Imperial 1822 – 1889, prevalecia uma medicina urbana voltada para a “engenharia sanitária” e a teoria da salubridade, dos miasmas. A atenção médica se resumia basicamente aos médicos de família e aos curandeiros para a população mais pobre. Com a proclamação da República houve uma forte atuação do Estado na área da saúde pública, mais efetivamente no combate a epidemias. Mas estas ações eram basicamente restritas aos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, “movidas” pelo principal setor econômico nacional: a cafeicultura. As ações sanitárias também estavam ligadas ao desenvolvimento urbano das principais cidades e seus portos. *“Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional – as cidades e os portos. Para isso foram montados os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicos da história brasileira”*. Crescia o processo de industrialização, a expansão do comércio e também a população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes europeus (Bertolli Filho, 1999, p. 16).

Grandes Marcos da Legislação Previdenciária e Trabalhista: 1907-1965

Em **1907**, surge a Lei da sindicalização, que discorre sobre a organização do trabalho sem a interferência estatal. Criam-se as associações de trabalhadores gerando novas demandas sociais. A estabilidade do mercado se dava pela coação (expulsão de imigrantes). O movimento sindical aparece como novo ator organizado. Nenhuma atenção específica foi dirigida às condições de acumulação urbana no país (a área rural estava fora de qualquer cogitação pública, exceto a da proteção da renda do setor exportador). Com efeito, entre 1893 e 1927, é possível relacionar pelo menos

cinco leis repressivas da atividade político-sindical do operariado urbano. Todas visando, sobretudo, a expulsão de trabalhadores estrangeiros por motivos de militância sindical. De acordo com o ideário do *laissez faire* ou “livre mercado”, na dita ordem do mercado só existia a ‘ordem’ da coação, ou por outra, dava-se estabilidade à ordem do mercado pela repressão.

Publicada em **1919**, a Lei sobre acidentes de trabalho surge na forma de seguro privado e não considera os acidentes de trabalho como risco social. Apenas é estabelecida a responsabilidade potencial do empregador. A indenização depende de processo judicial. Isto ocorre até 1924.

A Lei Eloy Chaves (fruto do movimento previdenciário), publicada em **1923**, instaura as CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões – privadas e setoriais por empresas. Cria a CAP dos Ferroviários, onde o fundo era constituído mediante contribuição dos empregados, empregador e empresa. Garantia ao empregado parte do fluxo da renda no momento em que se desligasse da produção por velhice, invalidez ou tempo de serviço.

“A rigor tratava-se, ainda, de um contrato, mediante o qual a empresa e seus empregados se comprometiam a sustentar o empregado atual, no futuro, em troca de parcela da renda deste, no presente. Não se tratava de um direito de cidadania e, quando não mais em condições de participar do processo de acumulação, mas de um compromisso de a rigor privado entre os membros de uma sociedade” (Santos, 1998, p. 79). Embora prevendo a prestação de serviços médicos aos funcionários das Caixas, não fixava a magnitude dos fundos que poderiam ser destinados a tais serviços. A contribuição do empregador deveria ser equivalente à contribuição do empregado, regra consagrada, como se mencionou, na Lei Orgânica da Previdência Social de 1960.

A administração das CAPs era realizada por colegiado representado, em números absolutos iguais, entre os empregados e os empregadores. Apesar da contribuição, o Governo não interferia na gerência/administração. O crescimento dos recursos disponíveis para a instituição de previdência – o que variava de instituto para instituto, em decorrência do esquema de financiamento, vinculado à massa de salários – tornaria, em breve, a participação na administração dos institutos importante

recurso de poder, tanto para a burocracia patronal quanto para a burocracia sindical. Era o colegiado, em cujo seio era eleito o presidente do instituto, que aprovava os planos de serviço, a admissão de pessoal para o próprio instituto, e a escala de benefícios a serem proporcionados à categoria profissional coberta pela instituição.

Em **1927**, é publicado o Decreto sobre férias e, em **1928**, o Código de menores.

Após o golpe de Estado, Getúlio Vargas assume a Presidência da República em **1930**, período chamado de “2ª República”.

Com a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio em **1931**, é instituída a carteira profissional, obrigatória para trabalhadores urbanos. Instrumento jurídico comprovante do contrato entre o Estado e o cidadão. Fica estabelecida a cidadania regulada. O estado determina quais as profissões regulamentadas e, por consequência, quem poderia ter a carteira de trabalho e tornar-se efetivamente cidadão.

Em **1932**, é estabelecido o limite de idade para trabalho de 14 anos; 8 horas de jornada proibindo trabalho noturno; 8 horas para comércio e indústria. Disciplina-se o trabalho feminino, postando proteção à gestante e estabelecendo que a trabalho igual se devia salário igual.

Ao voltar-se para a política Previdenciária, em **1933**, o Governo trazia embutidas duas conseqüências: 1º – várias políticas sociais *latu sensu*, que incumbe ao governo administrar em benefício dos cidadãos – por exemplo, saúde pública, educação, saneamento – deixavam de ter grupos específicos legítimos que por ela demandassem, visto que o reconhecimento social se fazia por categorias profissionais; 2º – criaram-se barreiras à entrada na arena política, conseqüentemente todas as demandas relativas a emprego, salários, renda e benefícios sociais ficavam dependentes de regulamentação e reconhecimento do Estado. Como era certo que o Estado devia satisfação aos cidadãos, era este mesmo Estado quem definia quem era e quem não era cidadão pela via profissão.

A Constituição de **1934**, promulgada após eleição indireta de Getúlio Vargas, veio legislar sobre salário mínimo, indenização do trabalhador demitido e regular o exercício de todas as profissões. Em julho deste ano, já estavam regulados: trabalho do menor e das mulheres, a duração da jornada de trabalho bem como sua segurança, higiene e férias. É criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários – IAPB.

Em **1937**, entra em vigor o chamado Estado Novo de Getúlio Vargas (até **1945**) e outros presidentes, perdurando até **1950**. Neste período ocorre o fechamento do Congresso Nacional (em **1937**), são estabelecidos o salário mínimo (em **1940**), e a publicação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (em **1943**). A Constituição de **1946** não altera o capítulo da ordem social publicado na Constituição anterior.

Em **1953**, com Getúlio Vargas novamente no Governo (eleito pelo voto popular em **1951**), ocorre a Unificação das Caixas dos Ferroviários. Considerado o “Pai dos Trabalhadores”, Getúlio deixou sem cobertura os trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas – categorias profissionais que só seriam beneficiadas anos mais tarde.

Em **1960**, é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, que assegurava o mesmo regime de benefícios, independente da categoria profissional de cada um, a todos os trabalhadores regulados pela CLT – o que quer dizer, a todas as pessoas ocupando posições no processo de acumulação, reconhecidas e reguladas pelo poder estatal.

Por determinação do MTPS em **1962** os IAP’s passaram a praticar a mesma Tabela de procedimentos em todo o território nacional.

O Estatuto do trabalhador rural, aprovado em **1963**, estabelece o salário família para o trabalhador urbano sob proteção da CLT. Neste mesmo ano é criado o Conselho Nacional de Política Salarial.

Abre-se aqui um parêntese especial para o período entre **1966** e **1974**, marcado pelo modelo que privilegiava o produto privado, tomado como base o capítulo IV do livro *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*, de Jaime Oliveira e Sonia Fleury, que analisa a implantação deste modelo. As características marcantes deste modelo de

política médica previdenciária são: financiada pelo governo, gerida pelo Estado e fomentada e consolidada por uma área privada de acumulação de capital.

A unificação da Previdência apresentou três características fundamentais para que o processo seja compreendido: o papel do Estado como regulador da sociedade, o alijamento dos trabalhadores da tomada de decisões políticas e o privilegiamento do setor privado favorecendo a capitalização do mesmo. Os princípios que orientaram o modelo de política médica previdenciária são: financiada pelos trabalhadores, gerida pelo Estado e fomentada e consolidada por uma área privada de acumulação de capital.

A unificação da previdência faz parte de um processo de reorganização das relações Estado/Trabalhadores, onde o estado avança no setor “assistencialista”, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade e, aos poucos, eliminando a participação dos trabalhadores nos processos decisórios – eliminação progressiva da gestão tripartite.

A uniformização dos benefícios através da criação da LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social – não resolve a crise da Previdência, caracterizada pela carência de recursos para atender a demanda dos segurados, fator crescente com a universalização da cobertura e com o Pró-Rural “(...) a primeira característica marcante de período é portanto a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito ‘consensual’ (Oliveira & Teixeira, 1986, p. 207).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, em **1966**, unificou as Instituições Previdenciárias, cobrou explicitamente um preço ao afastar os interesses privados da gerência da previdência social, transformadas, unificadamente em órgãos autárquicos do poder público. As Instituições de Previdência Social passaram a ser governadas diretamente pelo Estado. “O saldo do trade-off entre maior racionalidade administrativa e menor controle público foi, como se sabe hoje, píffio, posto que resultou em aumento de corrupção e deterioração na qualidade dos serviços”. (Santos, 1998, p. 83). Nesta política social, vinculada ao processo de acumulação,

ficam desassistidos de qualquer atenção pública trabalhadores rurais, empregados domésticos e profissionais autônomos. Foi instaurado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS -, em contrapartida a estabilidade e a ausência de seguro desemprego – equidade ligada à política de acumulação.

Em **1967**, o Ministério da Saúde, formulador da Política Nacional de Saúde, através do decreto-lei 200 de fevereiro de 1967, tem seu orçamento reduzido e a política de “saúde coletiva” reduzida a documentos inócuos. Não houve nenhum mecanismo operacional necessário à realização das disposições legais.

“(...) a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo”. (Oliveira & Teixeira, 1986, p.208). Esta prática, onde o ato médico é o lugar de realização das mercadorias produzidas na indústria farmacêutica e na indústria de equipamentos hospitalares, ressalta a atenção dos interesses do capital internacional. Surge um “*complexo-médico-industrial*”, determinante do aumento das grandes empresas internacionais, monopolistas, produtoras de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.

Em **1968**, é instaurada a Comissão Interministerial de Preços, acarretando a regulação do salário mínimo, o aumento de preços de bens finais de empresas, igualmente dos salários profissionais – ou piso salarial. Determinados por dissídios coletivos e acordos entre empregados/empregadores que, a partir de 1965, passou também a ser regulado pelo Estado, ainda dentro da mesma orientação de conciliar a política de acumulação com a política de equidade.

O período que se inicia com a criação do INPS, dá ênfase a compra de serviços médicos, aumento da rede privada de atendimento e serviços em detrimento da expansão da rede própria e encontra suas bases na Constituição de **1969**: “*Art. 170 – Às empresas privadas compete, preferencialmente, com o estímulo e apoio do Estado organizar e explorar as atividades econômicas.*” (Constituição Federal, 1969).

O Estado passa ao papel de regulador das atividades propiciando o crescimento e a expansão de iniciativa privada. Este processo vai ocorrer em todos os setores da economia, inclusive na previdência social. O Instituto passa a ser o grande comprador de serviços da iniciativa privada – o produtor recebe o financiamento para investir com a garantia da compra dos serviços – risco zero.

Os interesses privados tiveram sua máxima com o PNS – Plano Nacional de Saúde. Plano de características privatizantes que defendia a prática médica liberal, onde o cliente tinha a livre escolha da rede médica e o Estado pagava parcialmente os honorários médicos com os recursos da previdência. A outra parte era paga pelo cliente, ou seja, o cliente pagava duas vezes. O PNS fracassa após implantação parcial.

Programa de Integração Social – PIS, criado em **1970**, visava envolver o trabalhador nos acréscimos obtidos pelo sistema econômico. Em **1971** o Pró-rural estende, efetivamente, aos trabalhadores do campo o benefício de uma legislação previdenciária. Em **1972**, estende-se às empregadas domésticas os benefícios da previdência social, até então reservado às ocupações reguladas pela CLT.

A oposição à privatização surge dentro do próprio INPS, na portaria n. 48, de 21 de junho de **1972**, onde são definidos os princípios que regem a prestação da assistência médica previdenciária, privilegiando os serviços da rede própria, e recorrendo ao setor privado em último caso. Para isso foram criadas diversas medidas e instrumentos para a prática desta política. Entre elas estão: o financiamento a hospitais privados; o credenciamento para a compra de serviços; e convênios com empresas.

Os benefícios da previdência social são estendidos aos trabalhadores autônomos somente em **1973**.

Em **1974**, é criado o Ministério de Previdência e Assistência Social, com o objetivo de promover a maximização da equidade para a população brasileira – como outra linha estratégica governamental, a saber a mobilização em prol das mais altas taxas possíveis de acumulação. A criação do MPAS traz como principais benefícios: salário maternidade; amparo

previdenciário, pensões e assistência médica aos maiores de setenta anos e inválidos, que tenham contribuído pelo menos doze meses para o INPS; e a extensão do seguro de acidentes de trabalho a área rural.

O financiamento a hospitais privados com utilização dos recursos do FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, através da aplicação dos recursos da Caixa Econômica Federal. Orientados para a lógica da lucratividade, com juros baixos, privilegia o setor privado, que teve um significativo crescimento em relação à rede pública e a outras áreas, como a educação. O estado fomenta a capitalização da medicina que tem sua base técnica e econômica no hospital.

A previdência credenciava a rede privada para atender a clientela, através da compra de serviços tabelados pelo INPS. Este processo quase paralisa o crescimento da rede pública. O sistema de pagamento de serviços favorecia a corrupção, que nesta época era quase incontrolável. Os valores da tabela de pagamentos do INPS eram inferiores aos cobrados de clientes particulares, com isso, para que fosse rentável, ocorreu a multiplicação e desdobramentos de atos médicos, preferência por intervenções mais caras, internações, exames laboratoriais e consultas totalmente desnecessários, colocando muitas vezes em risco a saúde do paciente. A ética médica foi esquecida em detrimento da lucratividade do setor privado. O superfaturamento por parte dos produtores privados colocou em “xeque” todo o sistema financeiro da previdência.

São estabelecidos convênios entre o INPS e as empresas privadas para atender seus trabalhadores e seus dependentes. Este convênio desobriga o INPS da prestação direta de tais serviços. A empresa contratante recebe um subsídio do INPS e compra os serviços médicos de uma outra empresa especializada, chamada de “Medicina de Grupo”, “Grupo Médico” ou “Empresa Médica”.

Outros autores fazem um relato do surgimento desta prática iniciando com os departamentos médicos das empresas, a contratação de “medicina de grupo” e por fim analisam a quem interessam os convênios. E conclui que sempre quem deixa de ganhar é o trabalhador. O Fato de não “enfrentar filas no setor público” cria uma ilusão de proteção e mascara o

papel da previdência, pois é esta quem arca com os tratamentos mais caros e complexos, não cobertos pelas “Empresas Médicas”. E, também, exclui do mercado trabalhadores com problemas de saúde considerados graves, ou que possam interromper a produção por problemas de saúde previamente detectados. *“A interferência Estatal no setor saúde, através da Previdência Social, possibilitou a organização da prática médica em moldes de relacionamentos às características capitalistas, passando a diferenciar o atendimento em termos da clientela a ser atendida e, por conseguinte, das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica”*. (Oliveira & Teixeira, 1986, p. 233).

Criado pela Lei Federal nº 6439 de 1º de setembro de 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps.

A Restrição do acesso aos não contribuintes vigorou até a década de 1970, salvo às Instituições específicas de tutela a loucos, exclusão de leprosos e outros estigmatizados. Dentro do sistema previdenciário a assistência médica era algo residual e as prioridades eram as aposentadorias e pensões. Com a massificação da possibilidade do acesso e a instabilidade institucional pós-64, os subsistemas tornaram-se reféns da situação. A amplificação da cesta de benefícios da Previdência foi possível nos anos 40 e 50 por estar vinculada à clientela – ao mundo do trabalho e sua arrecadação. O “sistema” estava protegido contra a possibilidade de veto às fontes que financiavam. Após a massificação perderam-se as bases de sustentação no plano decisório e organizativo federal.

PPA – Plano de Pronta Ação, de **1974**, foi uma iniciativa de desburocratizar o atendimento nos casos de emergência e incorporar Secretarias de Saúde, Hospitais Universitários por meio de convênios globais.

Em **1975**, a Lei 6229/75 – Lei do Sistema Nacional de Saúde – estabelece que a Previdência social compete a assistência individual e curativa. Havia o predomínio da rede privada contratada.

Anos 80, retorno à democracia...

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em **1980**, teve como principais proposições: os serviços básicos de saúde – PREV-Saúde e a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)

A crise previdenciária dos anos **1981-1983** foi uma iniciação destas tensões que envolveram o cálculo de custos e benefícios, sendo o setor saúde apontado como principal responsável pelo desequilíbrio financeiro do sistema, sugerindo-se o retorno ao modelo anterior de benefícios somente para os contribuintes.

A agenda da reforma sanitária definiu as relações entre a expansão da atenção médica na previdência social com o processo de consolidação de uma área privada de acumulação de capital, financiada pelos trabalhadores e gerida pelo Estado. O repasse dos recursos previdenciários dos produtores privados se realizaria por intermédio de “*instrumentos corruptores*”, com conseqüências danosas à saúde dos pacientes, orientando-se pela lucratividade em detrimento da ética e das reais necessidades da população (Costa, 1998).

A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada seria incapaz de alterar o perfil de morbimortalidade. No geral, persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura.

A articulação público/privado, suportada pelo fundo previdenciário, sustentou a rápida expansão da oferta de serviços (leitos hospitalares) para responder ao abrupto aumento nas internações, que passou de 2.802.051 em 1970 para 12.071.162 em 1983 e atingiu 15.381.238 em 1992. O expressivo aumento na oferta de serviços públicos provocou, pela primeira vez no país, a problemática da corrupção na saúde pela falta de controle sobre os provedores privados (Costa, 1998).

O CONASP – Conselho Nacional de Saúde Previdenciária, foi criado em **1981** para reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos. O CONASP foi um marco na transição do modelo centralizado. Sua implementação foi “marginal” ao interior da Previdência, não assumida como proposta do Governo. Havia um embate ideológico e de interesses muito intenso devido a sua composição: representantes de prestadores de serviços privados (FBH², ABH³, FENAESS⁴, sindicatos estaduais de hospitais, Abramge⁵, AMB⁶, grupos de interesse da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares) *versus* movimento sanitário (sindicatos médicos REME⁷, Cebes⁸, Abrasco⁹, Institutos de Saúde Coletiva e Departamentos de Medicina Preventiva, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, posteriormente os secretários municipais e estaduais de saúde e integrantes de partidos políticos)

Em **1982**, o Plano CONASP – dava ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial a porta de entrada do sistema. Visava a integração das instituições públicas da saúde, mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propôs a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; o estabelecimento de níveis e limites orçamentários compatíveis; a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos (portaria MPAS 3046/82). As principais propostas foram:

- O Projeto de racionalização da assistência ambulatorial INAMPS/credenciados na tentativa de hierarquização de consultas e serviços complementares ambulatoriais privados, o que levou à expansão dos credenciamentos de consultórios privados;

² FBH – Federação Brasileira de Hospitais

³ ABH – Associação Brasileira de Hospitais

⁴ FENAESS – Federação Nacional de Estabelecimentos e Serviços de Saúde

⁵ Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

⁶ AMB – Associação Médica Brasileira

⁷ REME – Rede Médica

⁸ CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

- Convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa – Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS/Ações Integradas de Saúde – AIS;
- Racionalização da atenção hospitalar contratada com a criação do Sistema da Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS – sistema de pagamento prospectivo por procedimentos chamado AIH – Autorização de Internação Hospitalar, substituindo o sistema anterior baseado em atos médicos.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, foi criado em **1982**, e neste mesmo ano houve eleições diretas para governadores.

Em **1983**, foi implantada a Autorização de Internação Hospitalar – AIH – sistema de pagamento prospectivo por procedimento e não mais por unidades de serviço.

Também criado em **1983**, o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) visava a universalização com equalização do atendimento. A adoção das AIS definia oito linhas de ação: a) Programação e orçamentação integradas; b) Participação na gestão; c) Política de pessoal; d) Gerência dos serviços próprios; e) Investimentos; g) Fortalecimento da rede governamental; h) Relacionamento com os prestadores de serviços; e, i) Programas especiais. As prefeituras passam a receber do Inamps por produção, e a atender a toda a população independente de vínculo.

O Movimento nacional “Diretas já”, em **1984**, resultou na eleição indireta para presidência da República. Tendo início a *Nova República*, em **1985**.

Neste período, havia uma tensão muito grande entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social quanto à unificação do sistema de saúde. A adoção das AIS foi assumida como estratégia para a reestruturação da assistência médica previdenciária, no sentido de formar um

⁹ Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

sistema unificado, descentralizado e participativo. Estas estratégias tinham como objetivos: maior articulação na rede pública e desta com o setor privado, evitando superposições; a descentralização e democratização das estruturas administrativas do Inamps; o apoio aos órgãos colegiados e ampliação para a participação das entidades representativas da população; a recuperação dos serviços públicos com recursos de investimento e custeio e a prioridade de relacionamento com prestadores filantrópicos. É assumido um discurso de universalidade do acesso aos serviços de saúde e eliminação das distorções regionais e entre populações urbanas e rurais, e também, a integralidade da atenção, que buscava superar a dicotomia *prevenção x cura*.

Em **1985**, foram criadas as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde – CIMS e as Comissões Interestaduais de Saúde CIS's com participação de usuários.

É realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, em **1986**. Os principais temas foram: a saúde como direito, a reformulação do sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Um de seus desdobramentos foi a Instituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um marco inicial das discussões do que seria o futuro SUS, consagrando a saúde como direito universal e como dever do Estado. Seu relatório geral possibilitou que a saúde fosse pauta de debate na Assembléia Nacional Constituinte e em seguida promulgado capítulo sobre a Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, mais tarde detalhado na Lei 8.080, de 1990, sobre a organização dos serviços e, na Lei 8.142, de 1990, sobre a participação comunitária e financiamento do sistema. (Carvalho, 1999)

Também em **1986**, ocorre o convênio entre Inamps e Hospitais Universitários Estaduais (sistema AIH) e o convênio especial com prestadores de serviços – hospitais filantrópicos (universaliza o acesso nessas unidades).

A criação do SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, em **1987**, tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários;

instauração de instituições gestoras colegiadas e participativas. Suas características eram:

- Proposta de redefinição de funções dos três níveis de governo. Era da competência da União a gestão, a coordenação e o controle do Sistema Nacional de Saúde em nível nacional; a execução de serviços de caráter nacional; a regulação da relação com o setor privado, a normatização e vigilância à saúde. Aos estados cabiam a gestão, coordenação e controle do sistema estadual de saúde; a execução de serviços de abrangência estadual ou regional e a adequação de normas; aos municípios, a gestão, coordenação e controle do sistema municipal de saúde; execução de serviços municipais, especialmente básicos e de vigilância, participação na gestão e controle de convênios com entidades públicas e privadas;
- Descentralização com ênfase na estadualização da gestão dos serviços de saúde;
- Transferência parcial de atribuições na área da saúde para o nível estadual;
- Reestruturação do Inamps com a delegação para as Secretarias Estaduais de Saúde de atividades técnico-administrativas das Superintendências Regionais do Inamps. Baixa participação do Ministério da Saúde;
- Convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis pela liberação dos recursos do Inamps para os municípios;
- Transferência das unidades próprias do Inamps para os Estados e Municípios; cessão do pessoal das unidades transferidas e do Inamps para entidades gestoras estaduais e municipais;
- Repasse da administração de contratos e convênios do Inamps com a rede privada para a Secretaria Estadual que passou a controlar a distribuição das AIHs. O pagamento aos prestadores privados continuou sendo feito pela Direção Geral do Inamps;
- Reestruturação e posterior extinção das Superintendências Regionais do Inamps;

- Implementação variável, dependendo das conjunturas estaduais e de seus dirigentes;
- Ampliação de órgãos colegiados, com a inclusão gradual de representações de prestadores e usuários.

Em **1988**, o processo constituinte instaura: a subcomissão Saúde, Seguridade e Meio Ambiente; a comissão da ordem social; plenária nacional de entidades de saúde; resultando na emenda popular, transformada em capítulo na constituição federal “cidadã”, que garante o direito social universal à saúde – “**Saúde direito de todos e dever do Estado**”. Ocorre a nova repartição tributária entre União, Estados e Municípios e a consolidação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). É estabelecido o convênio padrão SUDS em meio a mudanças na direção do Inamps (centrão).

Chamada de “Constituição Cidadã”, a Constituição de **1988**, Seção II, apresenta como pontos básicos: “*as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência Médico-Sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada.*”

O custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.

Em **1989**, ocorrem as Constituições estaduais e a primeira eleição direta para presidente em 30 anos.

1.2.1 A DÉCADA EM QUESTÃO: OS ANOS 90...

A década de 90 iniciou com o forte objetivo da implantação efetiva do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme determina a Constituição

Federal de 1988. O objetivo do SUS é o fortalecimento e expansão do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor (Costa, 1998).

A operacionalização do SUS: NOBs

O Sistema Único de Saúde é voltado para garantir o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos, onde a saúde passa a ser um direito de todos, integrante da condição de cidadania social, deixando de ser privilégio dos contribuintes.

No modelo de financiamento são estabelecidas as responsabilidades das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde. As principais fontes específicas da Seguridade incidem sobre a Folha de Salários, o Faturamento (COFINS) e o Lucro (lucro líquido), fontes essas que integravam o orçamento do Ministério da Saúde juntamente com a parte de fontes fiscais. A partir de 1993 foi cortado o repasse da parcela da contribuição sobre Folha de Salários. As esferas estadual e municipal contam com o repasse da União e recursos advindos do próprio Tesouro.

O novo desenho político-institucional dava ênfase à descentralização político-administrativa dos serviços para os municípios com a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, e a participação através dos Conselhos de Saúde.

As relações entre as esferas governamentais eram realizadas através dos Conselhos de Saúde e de novos espaços institucionais que foram abertos com as chamadas Comissões Intergestores: uma no âmbito federal Tripartite e, outra no âmbito de cada Unidade da Federação, chamada Bipartite. *“A participação manifesta-se na obrigatoriedade da constituição de Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo e na sua definição como membros do Poder executivo”*. Estes conselhos multiplicaram-se em todo país (Carvalho, 1999, p. 24).

O SUS propõe a saúde de forma Integral, ou seja, difere do modelo anterior que dissociava as ações preventivas das ações curativas. Este modelo vincula a saúde à implementação de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos. A universalização do acesso deve ser estabelecida em todos os níveis de assistência.

Os marcos do período são os atos normativos do SUS, as NOBs (Norma Operacional Básica do SUS), especificamente a NOB-SUS 91, a NOB-SUS 93 e NOB-SUS 96.

As Leis Orgânicas 8.080 e 8.142.

Em **1990**, foram criadas as Leis 8080/90 e 8142/90 “Leis Orgânicas da Saúde”. Criado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). O sistema de atenção público foi unificado com a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde. Instituição do Conselho Nacional de Saúde.

A Lei 8080, de 19 de setembro de **1990**, “*dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*”. Primeira lei orgânica do SUS, detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (Federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Em 1999 a Lei 9.836 de 23 de setembro, acrescentou o capítulo V (cinco) – “*Do subsistema de atenção à saúde indígena*”.

A Lei 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. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

NOB-SUS 91

Criada em **1991** a Comissão de Intergestores Tripartite – CIT e a primeira norma operacional básica do SUS. A NOB-SUS 91 determinava o padrão único de pagamento para prestadores públicos e privados, a alocação de recursos para o setor público condicionada exclusivamente à produção; o estabelecimento de convênios diretos entre a União e municípios (municipalização federal, relação direta entre Inamps/MS e prestadores individuais), desarticulando as funções gestoras do nível estadual e impedindo a regionalização e hierarquização da rede. A alocação desvinculava-se da programação.

A NOB-SUS 91 foi publicada com a *“finalidade de disciplinar e padronizar fluxos financeiros entre as esferas do governo e pretendeu combater a propalada ineficiência das redes públicas federal, estaduais e municipais, acusadas de ociosas e caras.”* (Carvalho, 1999, p. 29)

Analisando os pontos positivos e negativos desta NOB, Carvalho (1999, p.30) relata como fatores negativos a falta de autonomia das gestões estaduais e municipais, conferindo ao plano federal a determinação de tabelas de serviços ou a re-centralização e o estímulo à “produção de serviços”, o que gerou um aumento de consultas, internações e exames muitas vezes desnecessários *“(...) re-centralização do sistema para o plano federal, retirando a autonomia dos gestores estaduais e municipais, submetendo-os, aos preceitos e tabelas federais de remuneração de serviços;(...) o estímulo de um produtivismo médico-assistencial em que, junto com eventuais melhorias de produtividade, embutiram-se os aumentos de exames negativos, procedimentos desnecessários e até atitudes fraudulentas de faturamento”*.

Como fatores positivos, Carvalho destaca, o fortalecimento da capacidade de gestão municipal com a criação dos Conselhos Municipais de Saúde: *“(...) a criação de um enorme incremento, sobretudo na esfera municipal, de uma capacidade institucional e técnica para a gestão da saúde, inédita na história e na cultura municipal do país; (...) a emergência de novos atores sociais na*

arena da saúde, com peso crescente no processo decisório, como os Secretários Municipais e diversos usuários, através dos Conselhos Municipais de Saúde". (Carvalho, 1999, p. 31)

Em **1991**, é aprovada a dedução do Imposto de Renda de pagamentos efetuados a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, hospitais, exames laboratoriais e serviços radiológicos. As empresas também poderiam efetuar a mesma dedução em gastos com funcionários. Surgiram o seguro saúde e as cooperativas médicas com auto-gestão do setor privado sem vínculo governamental.

Neste período, houve o veto aos recursos previdenciários, que foram gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias. Esta ruptura entre Previdência e Assistência à saúde deveria ser compensada por "percentual mínimo sobre receitas públicas" ou "através da pré-fixação percentual mínima de 15% sobre as receitas públicas". Houve a proposta de outro veto: rever os critérios de dedução do Imposto de Renda. (Costa, 1998)

O documento que ficou conhecido como "Relatório Antonio Brito", em **1992**, atestava a falência gerencial e burocrática do sistema previdenciário: "fiscalização, cadastro, normas de procedimento, auditorias, cobranças, cálculos atuariais, são procedimentos esquecidos pela Previdência Social". Já que a seguridade social tem receitas próprias, a União através do Orçamento Fiscal, praticamente exonerou-se de qualquer obrigação com investimentos em saúde e assistência social. Uma frase do próprio Antonio Brito marcou a crise da Previdência: "A Previdência Social teria quebrado por cobrir tudo com generosidade". Este relatório propôs a separação entre os recursos da previdência e da saúde.

Publicada a Lei Federal nº 8689, de 27 de julho de **1993**, dispondo sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps.

NOB-SUS 93

Publicada a NOB-SUS 93, procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde (Carvalho, 1999).

Estabelece níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena e consagra os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite)

O conjunto da população foi o grande beneficiado com a incorporação de itens de alta complexidade, que antes era restrita aos contribuintes da previdência, e com a grande extensão de programas de saúde pública e serviços assistenciais. Deu-se o início efetivo do processo de descentralização política e administrativa, que pôde ser observado pela progressiva municipalização do sistema e pelo desenvolvimento de organismos colegiados intergovernamentais.

O ganho da participação popular foi a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade.

Em contrapartida, apresentou como pontos não resolvidos a *“falta de mecanismos mais eficientes na transferência financeira e de mais clareza nas regras para o comprometimento dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios com as políticas de saúde; e a qualidade dos serviços é muito desigual e o que funciona adequadamente é dissolvido no mar de irregularidades, na falta de serviços essenciais e na dificuldade encontrada pelos usuários em se deslocarem no interior do SUS, principalmente quando necessitam de tratamentos mais complexos”*. (Carvalho, 1999, p. 34)

NOB-SUS 96

A NOB 96 representa a aproximação mais explícita com a proposta de um novo modelo de atenção. Para isso, ela acelera a descentralização dos recursos federais em direção aos estados e municípios, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, criando incentivo explícito às mudanças, na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais carentes (como o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e às práticas fundadas numa nova lógica assistencial (como PSF – Programa de Saúde da Família). As principais inovações da NOB 96 foram:

- a concepção ampliada de saúde – considera a concepção determinada pela Constituição englobando promoção, prevenção, condições sanitárias, ambientais, emprego, moradia etc;
- o fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada – consagrada na prática com as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde;
- as transferências fundo a fundo com base na população – mecanismos de classificação determinam os estágios de habilitação para a gestão, onde os municípios são classificados em duas condições: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal. Em qualquer nível a transferência é automática de recursos fundo a fundo, com base em valores *per capita* previamente fixados. Na gestão plena da atenção básica os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao PAB – Piso da Atenção Básica. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo SIA-SUS e pelo SIH-SUS. No caso dos municípios em gestão plena do sistema, a totalidade dos recursos é transferida automaticamente.
- o cartão SUS – Cartão de identificação, com numeração nacional, visando identificar cada cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Esta numeração possibilita uma interação intermunicipal mais ágil e garante o atendimento de urgência em todo país, seja na rede pública ou privada. A NOB-SUS 96 vigorou até o ano de 2001.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar e descrever a produção científica da pós-graduação em saúde pública no Brasil - dissertações de mestrado e teses de doutorado, indexadas na Base LILACS/BIREME, produzidas na última década; e, analisar e descrever as diretrizes formais do Ministério da Saúde identificadas nas portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, da última década – 1990-1999, com o objetivo de efetuar estudo comparativo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a produção científica da Pós-Graduação em Saúde Pública no Brasil, indexadas na Base LILACS, na última década;
- Identificar a temática em que se classificam as dissertações de mestrado e teses de doutorado, no campo da saúde pública;
- Identificar as diretrizes políticas formais do Ministério da Saúde para a Saúde Pública, contidas nas Portarias do MS/GM (1990-1999);
- Identificar a temática em que se classificam as Portarias do MS/GM (1990-1999);
- Efetuar estudo comparativo entre produção científica da pós-graduação em saúde pública da última década e as diretrizes formais do Ministério da Saúde, identificadas.

3. MATERIAL E MÉTODO

Todo o estudo foi desenvolvido em dois “blocos”, distintos: à Produção Científica – Teses/Dissertações, foi determinado o “Bloco 1”; e, às Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro – MS/GM, foi atribuído o “Bloco 2”.

A organização “dos universos” em questão se deu de forma paralela, utilizando os mesmos instrumentos e níveis hierárquicos – metodologia que será descrita detalhadamente mais adiante -, para que se pudesse realizar análise de cada bloco de forma isolada – temática, descritiva e temporal, e em seguida confrontar os dois blocos.

3.1 “BLOCO 1”: PRODUÇÃO CIENTÍFICA: DISSERTAÇÕES DE MESTRADO E TESES DE DOUTORADO

3.1.1 A DIVULGAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

O crescimento da ciência e tecnologia, e por consequência, o aumento da produção científica, constitui-se em verdadeiro desafio aos pesquisadores para o controle e seleção dos suportes utilizados para a divulgação do resultado de suas pesquisas. O volume de informação oriunda de novos fatos, achados, descobertas, vem aumentando em “progressão geométrica” nos últimos anos. (Noronha, 1996). Segundo De Méis e Leta (1996), há uma boa relação entre o crescimento da pós-graduação e o crescimento rápido da produção científica (incluindo todos os tipos de documentos) observado a partir de 1981: *“No período de 1981 a 1993 houve um crescimento real da pesquisa científica no país, ocorrendo não apenas em números totais de trabalhos publicados, mas também em relação à parceria brasileira na produção científica mundial”* (Méis & Leta, 1996, p. 47).

A opção pela comunicação escrita, para a divulgação das pesquisas, é considerada mais segura, pois garante ao pesquisador a propriedade científica e

a possibilidade de reconhecimento pelos seus pares. Esta comunicação pode ser definida em dois tipos: documentos considerados convencionais – livros, artigos de periódicos; e documentos tidos como não-convencionais – teses, dissertações de mestrado, anais de eventos, relatórios. Os documentos não-convencionais ou “literatura cinzenta” são caracterizados por não terem compromisso comercial, com limitada divulgação (número de exemplares reduzido) e de difícil acesso. Este tipo de literatura flui com facilidade entre os pares, principalmente pela rapidez com que são “publicados” se comparados às publicações convencionais. Na maioria dos países a produção de teses é baseada em pequeno número de exemplares que é estipulado pelos próprios regulamentos dos cursos de pós-graduação (Noronha, 1996).

Um dos problemas mais sérios da organização da atividade de pesquisa e produção científica em Ciência e Tecnologia em Saúde é a disseminação e utilização dos resultados para apoiar a definição e implementação de políticas de saúde. Na realidade este processo é muito distinto e envolve vários atores com interesses diferentes, e às vezes contraditórios, que estabelecem compromissos e negociações em função de critérios políticos e não necessariamente de critérios racionais baseados em provas científicas (Brofman e Trosle, 1999 apud Pellegrini Filho, 2000).

A disseminação da produção científica acadêmica, além do “processo de circulação informal” entre os pares, se dá pelo processo de indexação desta produção em bases de dados manuais (catálogos impressos, catálogos de fichas em bibliotecas, etc.) e automatizadas (CD-ROM, acesso a redes locais, acesso *on-line* a bases de dados disponíveis na *Internet*). No caso das teses e dissertações brasileiras, na área da saúde, a BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – disponibiliza o “acesso” à informação por meio das bases de dados *on-line* e pelo projeto BVS – Biblioteca Virtual em Saúde.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

A BIREME promove a construção, o desenvolvimento e a operação descentralizada da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, entendida como a base do conhecimento científico-técnica em saúde, registrado, organizado e armazenado em formato eletrônico nos países da América Latina e Caribe, disponível de forma universal em Internet e de forma compatível com as principais fontes de informação internacionais. Realiza o controle referencial dos produtores, usuários e atividades relacionadas com saúde da região através da operação descentralizada, na BVS, de diretórios atualizados de instituições, especialistas, cursos, eventos, grupos de interesse etc. Para isso desenvolve o Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, levando-se em conta a integração e a participação ativa e cooperativa de instituições, unidades de instituições, bibliotecas, centros de documentação e agentes que são produtores, intermediários e usuários de informação científico-técnica em saúde nos países da região para a construção, desenvolvimento e operação da Biblioteca Virtual em Saúde. O sistema é implantado em nível nacional através de redes ou sistemas nacionais de Informação em ciências da saúde.

A BVS tem como principais objetivos: criar, aperfeiçoar e disseminar, as mais variadas fontes de informação científico-técnica em formato eletrônico e outros suportes, para atender às necessidades de publicação, preservação, acesso e uso de informação dos governos, dos sistemas de saúde, das instituições de ensino e investigação, dos profissionais da saúde e do público em geral; disseminar as bases de dados factuais e numéricas produzidas e operadas em Internet pelos sistemas nacionais de informação em saúde; disseminar *sites* da Internet operados pelos países da região que contenham informação científico-técnica em saúde; pesquisar, desenvolver, manter e disseminar instrumentos metodológicos, baseados em tecnologias de informação avançadas e apropriadas às condições dos países da região, visando a operação descentralizada e eqüitativa de fontes de informação. (BIREME, 2002 f)

3.1.2 INDEXAÇÃO

Indexação¹⁰ é o processo de construção de um índice ou índice. O principal propósito da elaboração de índices é construir representações de documentos, no presente caso, publicados, numa forma que se preste à sua inclusão em algum tipo de “base de dados¹¹”.

Todo este processo tem como objetivo a recuperação de um determinado documento ou conjunto, em meio a uma gama de documentos, ou seja, no processo de inclusão em um índice utilizam-se diversos instrumentos e técnicas para representar cada documento como único e, no sentido oposto, quais as estratégias de busca possíveis para a sua recuperação. Duas fases em especial fazem parte deste processo: a representação descritiva do documento, também chamada comumente de catalogação, que identifica autores, títulos, fontes de publicação, e outros elementos bibliográficos; e, a indexação de assuntos que identifica os assuntos de que trata o documento.

A indexação de assuntos envolve duas etapas principais: análise conceitual e tradução.

A **análise conceitual** implica decidir do que trata um documento, isto é, qual o seu assunto. Segundo Lancaster (1993, p.8) *“Uma indexação de assuntos eficiente implica que se tome uma decisão não somente quanto ao que é tratado um documento, mas também porque ele se reveste de um provável interesse para um determinado grupo de usuários. Em outras palavras, não existe um conjunto ‘correto’ de termos de indexação para documento algum. A mesma publicação pode ser indexada de forma bastante diferente em diferentes centros de informação, e deve ser indexada de modo diferente, se os grupos de*

¹⁰ **in.de.xa.ção** sf (cs) (indexar+ção) **Inform 1** Ato ou efeito de indexar. **2** Técnica de modificação de endereços freqüentemente realizada por registradora de índices. **3** Método de organização de dados de forma aleatória, permitindo recuperar a informação de um arquivo ou de uma tabela. (Dic. Aurélio)

¹¹ **Base de dados** aqui representada como: catálogo impresso, catálogo de fichas de uma biblioteca, base de dados automatizada, etc.

usuários estiverem interessados nesse documento por diferentes razões". Para tomar tal decisão, o indexador deve estar apto a formular perguntas acerca de um documento: do que trata? Por que está sendo incorporado à base de dados (ou acervo) e quais de seus aspectos deverão ser do interesse dos usuários que utilizarão as bases de dados? Em outras palavras, o indexador deve estar munido de instrumentos sólidos e por políticas de seleção e indexação consolidadas.

A **tradução** envolve a conversão da análise conceitual de um documento num determinado conjunto de termos de indexação, geralmente extraídos de alguma forma de vocabulário controlado.

Um vocabulário controlado é essencialmente uma lista de termos autorizados. Em geral, o indexador somente pode atribuir a um documento termos que constem da lista adotada pela instituição (sistema, rede ou base de dados) para a qual trabalha. Em grande maioria, inclui uma forma de estrutura semântica destinada, em especial, a: a) controlar sinônimos, optando por uma única forma padronizada, com remissivas de todas as outras; b) diferenciar homógrafos; e, c) reunir ou ligar termos cujos significados apresentem uma relação mais estreita entre si. As relações podem ser as hierárquicas e as não-hierárquicas (ou associativas). Os termos de indexação podem ser chamados de descritores¹³, palavras-chave ou cabeçalhos de assuntos, dependendo do tipo de instrumento utilizado. Identificam-se três tipos principais de vocabulários controlados: esquemas de classificação bibliográfica, listas de cabeçalhos de assuntos e tesouros¹⁴. Nos tesouros os termos de indexação são chamados de descritores. (Lancaster, 1993)

Os tesouros são vocabulários controlados, geralmente com cobertura exaustiva de uma área específica do conhecimento, com arranjo explícito dos descritores por ordem alfabética, mantendo também uma estrutura hierárquica

¹³ **Descritor** -1. Que descreve. S. m. 2. Aquele que descreve. 3. Docum. Palavra ou expressão utilizada em indexação e tesouro para representar, sem ambigüidade, um determinado conceito. (Dic. Aurélio)

implícita, incorporada à lista por meio de remissivas. O DeCS – Descritores em Ciências da Saúde é o tesouro utilizado na indexação das teses e dissertações de mestrado na Base de Dados LILACS/BIREME, que serão detalhados adiante.

3.1.3 BIREME, LILACS, DECS

BIREME

O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME é um Centro Especializado da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, estabelecido no Brasil desde 1967, em colaboração com o Ministério de Saúde, Ministério da Educação, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo. Tem como objetivo a promoção da cooperação técnica em informação científico-técnica em saúde, com os países e entre os países da América Latina e do Caribe, com o intuito de desenvolver os meios e as capacidades para proporcionar acesso equitativo à informação científico-técnica em saúde, relevante e atualizada e de forma rápida, eficiente e com custos adequados. Para isso lhe compete:

- Promover a construção, o desenvolvimento e a operação descentralizada da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS;
- Coordenar, operar e promover o controle bibliográfico, a divulgação, a avaliação e o melhoramento da literatura científico-técnica, publicada em papel e em formato eletrônico nos países da região, a qual deverá ser indexada nas bases de dados do Sistema LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), que incluem a base de dados Regional LILACS, as bases de dados nacionais, que representam a memória da literatura científico-técnica dos países, e as bases de dados especializadas, produzidas e operadas pela OPAS e pelos países;

¹⁴ **Tesouro** – [Do lat. thesauru.]S. m. Docum. 1. Vocabulário controlado e dinâmico de descritores (q. v.) relacionados semântica e genericamente, que cobre de forma extensiva um ramo específico de conhecimento; thesaurus. (Dic. Aurélio)

- Desenvolver o sistema no Brasil, através da Rede Brasileira de Informação em Ciências da Saúde, que opera de forma descentralizada, e na qual os integrantes assumem diferentes níveis de participação em atividades cooperativas;
- Implantar um acesso amplo, rápido e cooperativo à literatura científico-técnica internacional, publicada em papel ou em formato eletrônico, para, assim, estimular o desenvolvimento e uso compartilhado de coleções de literatura científico-técnica, através das redes e associações de bibliotecas e centros de documentação nos países da região;
- Coordenar o desenvolvimento e atualização da terminologia relacionada com as ciências da saúde, a qual deve ser organizada e disseminada em português, espanhol e inglês, através do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); e,
- Contribuir para o desenvolvimento de recursos humanos nos países da região, a nível gerencial e técnico, com o intuito de dominar as tecnologias e metodologias estratégicas para proporcionar o acesso equitativo à informação em saúde. (BIREME, 2002 f)

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – **LILACS**, é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME. Compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Contém artigos de cerca de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 150.000 registros¹⁵ e outros documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

¹⁵ **Registro** – conjunto de dados reunidos em um formulário eletrônico, referentes a descrição física e temática de uma publicação ou parte dela.

A indexação é realizada por meio de uma rede de bibliotecas cooperantes, de 37 países da América Latina e Caribe. A LILACS permite recolher e divulgar a literatura em ciências da saúde da região, a qual está sub-representada nas bases de dados internacionais, pois a base MEDLINE¹⁶ indexa somente 45 títulos latino-americanos e o *Science Citation*¹⁷ cerca de 15 títulos. A LILACS utiliza os mesmos critérios de indexação da MEDLINE com a finalidade de garantir a complementaridade e compatibilidade entre ambas. (BIREME, 2000 m)

Cada biblioteca cooperante recebe treinamento para utilização da **Metodologia LILACS**, que define os critérios de indexação, da qual faz parte o DeCS.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

O vocabulário estruturado e trilingüe (português, inglês e espanhol) DeCS – Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela BIREME para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados e outras.

O DeCS foi desenvolvido a partir do *MeSH – Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine* com o objetivo de permitir o uso

¹⁶ **MEDLINE** – Medline é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM, National Library of Medicine, USA, que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4000 títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal. (BIREME, 2002)

¹⁷ **Science Citation** -*Science Citation Index Expanded*[™]The ISI[®] *Science Citation Index Expanded* provides access to current and retrospective bibliographic information, author abstracts, and cited references found in approximately 5,900 of the world's leading scholarly science and technical journals covering more than 150 disciplines. The *Science Citation Index Expanded* format available through the ISI *Web of Science*[®] and the online version and *SciSearch*[®].

de terminologia comum para pesquisa em três idiomas (português, inglês e espanhol), proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independente do idioma. Além dos termos médicos originais do MeSH, foram desenvolvidas as áreas específicas de Saúde Pública e Homeopatia.

Os conceitos que compõem o DeCS são organizados em uma estrutura hierárquica, permitindo a execução de pesquisa em termos mais amplos ou mais específicos, ou todos os termos que pertençam a uma mesma estrutura hierárquica.

O DeCS é um vocabulário dinâmico totalizando 22.700 termos, sendo destes 2.740 de Saúde Pública e, 1.929 termos de Homeopatia. Por ser dinâmico, e em constante crescimento e mutação, registrando a cada ano um mínimo de 1000 interações na base de dados, dentre alterações, substituições e criações de novos termos ou áreas. O DeCS possui ainda o recurso de uma lista de qualificadores (história, epidemiologia etc.), permitidos a cada descritor específico para auxiliar o indexador a “dar o sentido exato” ao termo na indexação.

Tem como finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação e recuperação da informação entre os componentes do Sistema, e que abrange 37 países na América Latina e no Caribe, permitindo um diálogo uniforme entre cerca de 600 bibliotecas.

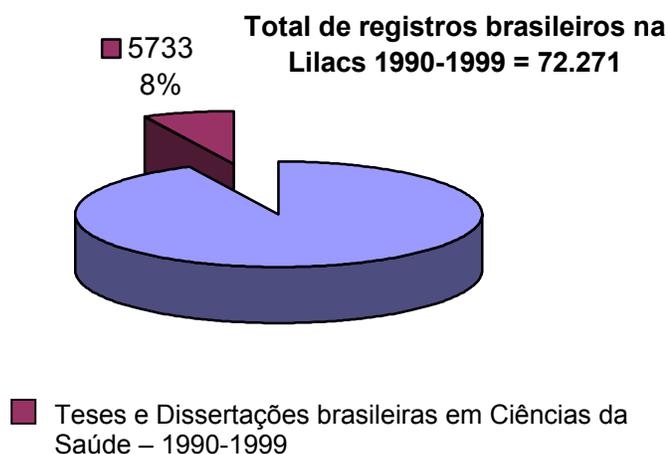
Participa no projeto de desenvolvimento de terminologia única e rede semântica em saúde, UMLS – Unified Medical Language System da U.S. National Library of Medicine, com a responsabilidade da atualização e envio dos termos em português e espanhol. (BIREME, 2000 s)

3.1.4. CONSTRUÇÃO DA BASE DE DADOS BIBLIOGRÁFICA – TESES DE DOUTORADO E DISSERTAÇÕES DE MESTRADO

Para o desenvolvimento deste bloco, foi construída uma base de dados bibliográfica, com a mesma estrutura de campos da base LILACS, utilizando o aplicativo CDS/ISIS¹⁸ – desenvolvido pela Unesco e muito utilizado por bibliotecas na construção de bases de dados bibliográficas de seus acervos. Os registros referentes às dissertações e teses, foram extraídos (importados) da base de dados LILACS.

Em um primeiro levantamento, foram encontrados na LILACS um total de 72.271 registros brasileiros no período estabelecido (1990-1999), dentre os quais 5.733 registros correspondem a teses e dissertações de mestrado na área de Ciências da Saúde em geral (fig.1).

Figura 1 – Registros Brasileiros na Base LILACS – Percentual de Teses na Década de 90.



¹⁸ CDS/ISIS for Windows, Montevideo 98 edition, October 1998 – UNESCO

Por ser o universo em estudo restrito à produção científica da Pós-Graduação em Saúde Pública – teses/dissertações, a primeira etapa do processo de delimitação deste universo foi a identificação das Instituições de Pós-Graduação em Saúde Pública no Brasil. Para tal, optou-se pela lista *Perfil da Pós-Graduação* disponível no *site* da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (<http://www.capes.gov.br>, maio.2001). (Anexo I).

A base LILACS *on-line* não permite a busca pela instituição onde a tese/dissertação foi defendida. Deste modo, houve a necessidade da identificação das bibliotecas cooperantes correspondentes às instituições, por meio da lista *Centros Cooperantes*, disponível no *site* da BIREME (<http://www.bireme.br/bvs/P/pccbr.htm>, maio 2001) . (Anexo II)

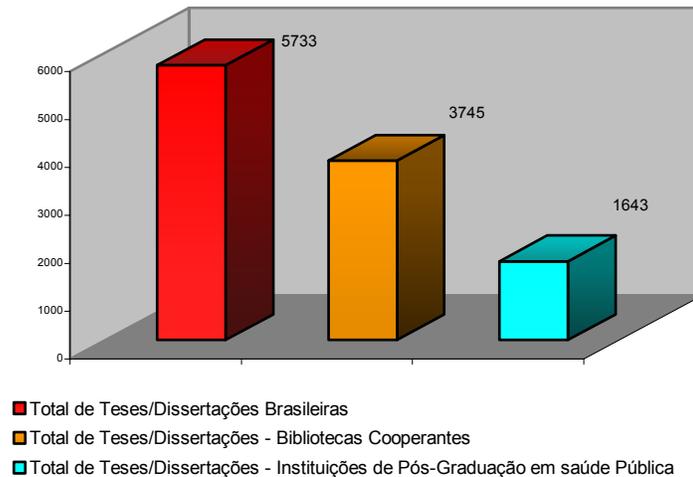
Dos vinte e três cursos de pós-graduação identificados na lista da CAPES, em oito instituições não foram identificados algum centro cooperante da rede BIREME. Apesar de não fazer parte do universo delimitado para este estudo, não se pode afirmar que a produção científica – teses/dissertações destas Instituições esteja sendo ou não depositada em alguma biblioteca/centro de documentação e, por conseqüência, sendo divulgada. Da mesma forma, não se pode afirmar como “perda científica” a não divulgação na Base LILACS, visto que esta produção pode estar sendo divulgada em outras fontes.

Após a comparação da lista da CAPES com a lista de bibliotecas cooperantes, foi realizado um novo refino na busca bibliográfica – utilizando os códigos de cada centro cooperante, chegando-se a um total de 3.745 registros.

A LILACS é alimentada por uma rede de bibliotecas cooperantes, com referências bibliográficas de materiais pertencentes a seus acervos. Uma biblioteca pode receber teses e dissertações de outras instituições para compor seu acervo ou ser depositária de mais de um curso. Desta forma, fez-se necessária a eliminação de teses pertencentes a outros cursos de pós-graduação que não fazem parte da definição de saúde pública. Após esta etapa, chegou-se a um total de 1.643 registros de teses e dissertações produzidas em

curso de pós-graduação em saúde pública, depositadas em acervos de bibliotecas cooperantes da BIREME. (Graf.1)

Gráfico 1 – Teses e Dissertações Brasileiras: etapas de refinamentos – 1990-1999



Finalizada a montagem “física” da base de dados, com 1.643 registros, deu-se o início da preparação da base para a análise temática, conforme o vocabulário DeCS.

O DeCS é composto por 17 categorias de assuntos principais que, por sua vez, subdividem-se em outras subcategorias (Anexo II). Das 17 categorias, uma é dedicada ao campo da Saúde Pública (SP). A categoria SP – Saúde Pública, subdivide-se em 8 subcategorias, que são:

- SP1 – Administração e Planejamento de Saúde
- SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde
- SP3 – Demografia
- SP4 – Saúde Ambiental
- SP5 – Epidemiologia e Estatística

- SP6 – Nutrição
- SP7 – Reforma do Setor Saúde
- SP8 – Desastres

Considerando o fato dos registros terem sido “importados” da base de dados LILACS, levando em conta a confiabilidade implícita no processo de indexação já realizado pelos Centros Cooperantes do Sistema, e ressaltando que:

- cada tese/dissertação componente deste universo foi indexada em sua biblioteca de origem, com base nos descritores extraídos do vocabulário DeCS;
- de acordo com as orientações da metodologia LILACS, em cada tese/dissertação foram utilizados tantos descritores quanto necessários para a representação temática de seu conteúdo, de forma mais específica possível;
- a BIREME oferece treinamento para a capacitação de profissionais que efetuam a indexação; e
- seria incorreto escolher um único descritor principal sem ter as fontes primárias (resumo, sumário, página de rosto, apresentação, introdução, entre outros) de cada tese/dissertação “em mãos”;

foram aceitos todos os descritores atribuídos a cada registro, porém, para efeitos de análise temática/descritiva **somente os descritores da categoria Saúde Pública (SP)** foram tabulados. Foi encontrada a soma de 2913 descritores (incluídos todos os níveis hierárquicos).

Com o esforço de sintetizar, ou reduzir, para a viabilização das futuras tabulações, a etapa seguinte foi a “categorização” dos descritores, dentro de cada categoria principal, até o 3º nível, ou seja “subir” cada descritor em sua

escala hierárquica até o 3º nível de especificidade. Tomando os exemplos abaixo como ilustração do processo:

Descritor 1: Campanhas de Vacinação

Saúde Pública (SP) – Categoria principal

Prestação de Cuidados de Saúde (SP2) – subcategoria ou 1º nível

Prática de Saúde Pública (SP2.57) – 2º nível

Controle de Doenças Transmissíveis (SP2.57.171) – **3º nível**

Imunização (SP2.57.171.399) – 4º nível

Vacinação (SP2.57.171.399.910) – 5º nível

Campanhas de Vacinação (SP2.57.171.399.910.504) – 6º nível

Descritor 2 : Assepsia

Saúde Pública (SP)

Prestação de Cuidados de Saúde (SP2) – sub-categoria

Prática de Saúde Pública (SP2.57)

Controle de Doenças Transmissíveis (SP2.57.171) – **3º nível**

Controle de infecções (SP2.57.171.418)

Antissepsia (SP2.57.171.418.98)

Assepsia (SP2.57.171.418.98.101)

Ao se efetuar uma busca bibliográfica, nesta base, utilizando o descritor ***prestação de cuidados de saúde***, somente seriam recuperados os

registros em que este termo foi atribuído como descritor, ou seja, seriam recuperadas as teses/dissertações que abordam a prestação de cuidados de saúde de forma abrangente, e estariam excluídas do resultado todas as teses/dissertações cujo assunto fosse **controle de infecções**, por exemplo. Da mesma forma que não seria possível a obtenção do total de registros indexados dentro da categoria principal **Saúde Pública**.

A solução encontrada foi a inserção de 4 campos no formulário de entrada de dados, correspondendo a categoria principal e aos 3 níveis hierárquicos. Após a identificação manual dos códigos alfanuméricos de cada descritor (ex. – **SP2.57.171.418.98.101** – Assepsia), foram incluídos os termos correspondentes às “hierarquias superiores”, em cada registro. Assim sendo, nos registros indexados com o descritor **Assepsia**, por exemplo, foram incluídos os termos: *Saúde Pública (SP)*, *Prestação de Cuidados de Saúde (SP2)*, *Prática de Saúde Pública (SP2.57)* e *Controle de Doenças Transmissíveis (SP2.57.171)*.

Desta forma, a abordagem temática foi focalizada nos aspectos geral e específico até o 3º nível, nas áreas da Categoria SP (Saúde Pública). As demais categorias e descritores, nos diversos níveis de especificidade, não foram excluídos da base de dados e poderão ser consultados diretamente na base de dados, anexada a este trabalho em CD-ROM.

Com esta análise temática, objetiva-se detectar a tendência das teses de doutorado e dissertações de mestrado, isto é, a que assuntos estão mais voltados os interesses das pesquisas dos alunos dos cursos de pós-graduação em saúde pública e sua evolução histórica dentro do período estipulado.

3.2 “BLOCO 2”: DIRETRIZES FORMAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A opção pelas portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, foi determinada compreendendo política de saúde como um processo que envolve diversos atores, arenas e cenários dentro da política nacional do país. A

identificação das diretrizes políticas **formais**, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, foi realizada considerando que uma política de saúde é muito mais que a soma do conteúdo destes documentos ou de qualquer outra fonte. A proposta é reconhecer estas políticas, assumidas formal e explicitamente pelo Ministério da Saúde como implementadas ou em fase de implementação, sabendo-se que as mesmas são uma das formas de **expressão das ações do Ministério da Saúde** e de **setores** que, por uma dinâmica política interna, conseguiram expressar-se por meio de documentos formais, assumidos pelo Ministério da Saúde e com sua publicação no Diário Oficial da União.

3.2.1 PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO

As portarias são instrumentos legais, estando abaixo, na escala hierárquica, somente da Constituição Federal, das leis e decretos. Sendo um ato administrativo com que o Ministro de Estado e os dirigentes de órgãos da administração pública baixam determinações ou ordens, instruções ou normas, objetivando a implantação e/ou o eficaz andamento dos serviços de sua competência. A título de exemplo da importância deste tipo de documento no contexto das políticas de saúde, diversas portarias ministeriais regulamentam o SUS, especialmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas – NOBs, publicadas no Diário Oficial de 1991, 1993 e 1996.

Segue abaixo algumas definições de Portaria:

“Documento de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, demissões, punições, ou qualquer outra determinação de sua competência” (Ferreira, 1999).

“Norma geral que órgão superior (desde Ministério até uma simples repartição pública) edita para ser observado por seus subalternos. Veicula comando administrativo geral e específico, servindo, ainda, para designar

funcionários para o exercício de funções menores, para abrir sindicâncias e para inaugurar procedimentos administrativos (...)” (Diniz, 1998, p. 643).

“Ato normativo de autoridade pública, geralmente Ministro de Estado, destinado a reduzir ao mínimo a abstração do decreto a que se prende. O quarto instrumento na gradação das leis: Constituição, lei, decreto, portaria, que, uma vez concorde com os instrumentos de maior valor hierárquico, tem valor vinculativo” (Ney, 1988, p. 591).

“É o ato administrativo com que o Ministro de Estado e os dirigentes de órgãos da administração pública baixam determinações ou ordens, instruções ou normas, objetivando o eficaz andamento dos serviços da competência da unidade ou unidades administrativas sob seu comando. Constituem objeto de portaria, entre várias outras, providências como: designações para funções gratificadas ou de representação; criação de grupo-tarefa; aplicação de penas disciplinares; concessão de licenças; designação de membros de comissões; remoção de funcionário; dispensa; aprovação e discriminação de despesas; determinações sobre o procedimento a ser observado por particulares, nos termos da lei, quanto a assuntos de seu interesse direto; delegação de competências, etc. Não pode a portaria dispor contra a lei; mas, sempre, de acordo com a lei, explicitando-a para fins executivos (...)” (Sidou, 1994, 150).

3.2.2 CONSTRUÇÃO DA BASE DE DADOS BIBLIOGRÁFICA – PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO – 1990-1999

Para o desenvolvimento deste bloco, foi construída uma segunda base de dados bibliográfica, utilizando o aplicativo CDS/ISIS (CD-ROM em anexo), com estrutura de campos semelhantes à base de teses e dissertações, com o acréscimo de alguns campos necessários para a descrição de portarias (nome do ministro, número da portaria, entre outros). Optou-se por trabalhar com todas as portarias publicadas pelo Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, no Diário Oficial da União, no período entre 1990 e 1999.

A consulta ao Diário Oficial na Internet é restrita aos dois últimos anos, cabendo somente aos assinantes o acesso a toda a coleção. Deste modo, a consulta aos exemplares do Diário Oficial da União – Seção 1 (DOU), foi realizada na Seção de Arquivo/SECA, da DIRAD – Diretoria de Administração da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, em CD-ROM e em papel.

A coleção do DOU em CD-ROM, assim como em papel, não possui índice por assunto ou por secretarias. A busca foi realizada no índice por ano, tipo de publicação (portarias) e Ministério (Ministério da Saúde). As portarias referentes ao Gabinete do Ministro da Saúde foram selecionadas uma a uma, “recortadas” na íntegra e “coladas” em arquivo do software MS/Word. Cabe aqui ressaltar que o formato utilizado no CD-ROM do DOU é o de imagem digitalizada, sendo cópia fiel do original em papel. Este procedimento foi realizado para os anos de 1990 a 1993. Por uma oportuna coincidência, na época do levantamento deste material, a Seção de Arquivo recebeu autorização para descartar, entre outros documentos, os exemplares do DOU antigos, até o ano de 1999. Com isso, foi possível a obtenção dos exemplares referentes aos anos de 1994 a 1999, em papel.

Do universo estudado, foram detectadas algumas falhas no índice do CD-ROM e números faltantes da coleção em papel. Com base nesta observação, o percentual de ausência foi estimado em 3% do total de portarias publicadas. Ao final da indexação, chegou-se a um total de 1151 registros na base de dados.

Ao contrário da base de teses/dissertações, para a construção da base de dados – Portarias MS/GM, foram realizadas todas as etapas do processo de indexação, seguindo a metodologia LILACS e utilizando o vocabulário controlado DeCS. Na análise temática foram priorizados os descritores da categoria SP (Saúde Pública) e respeitados os 3 níveis hierárquicos, para que fosse mantida a mesma coerência (Base completa em CD-ROM anexo). Seguindo o rigor do processo de indexação na metodologia LILACS, descritores de outras categorias do DeCS foram incluídos na base de

dados, mas não foram considerados em termos da análise proposta, podendo assim efetuar busca no CD-ROM em anexo.

Somente foram desconsideradas as portarias que substituíam anteriores por erros/revisão do texto publicação, prorrogavam prazos ou revogavam portarias anteriores sem substituição, pois o objetivo deste estudo limita-se a abordagem temática e temporal e não sua vigência. Estas portarias foram incluídas no percentual de ausência descrito acima.

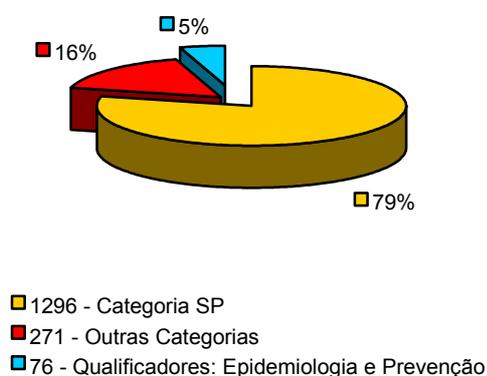
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme descrito anteriormente, após a montagem das duas bases de dados, foram realizadas a “categorização” dos descritores de acordo com o DeCS e a tabulação dos registros de cada base, de forma distinta. A análise dos dados levantados, referentes às propostas da presente dissertação, desenvolvidos em dois segmentos: Bloco 1 - teses/dissertações; e, Bloco 2 – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro, apresentou o seguinte resultado:

4.1. BLOCO 1: PRODUÇÃO CIENTÍFICA – TESES/DISSERTAÇÕES

Dos 1.643 registros extraídos da Base Lilacs e selecionados conforme descrição anterior, 1.296 (79,0%) foram indexados com pelo menos um descritor da Categoria SP – Saúde pública; 76 (5,0%) foram indexados com descritores de outras categorias, mas com os qualificadores¹⁹ *epidemiologia* ou *prevenção*; e 271 (16,0%) foram indexados com descritores de outras categorias do DeCS (Fig.2). Para efeitos de análise temática, somente serão considerados os registros que foram indexados com descritores da categoria SP, ou seja, 1.296 registros.

Figura 2 – Total da Base de Dados – Produção Científica: Teses/Dissertações



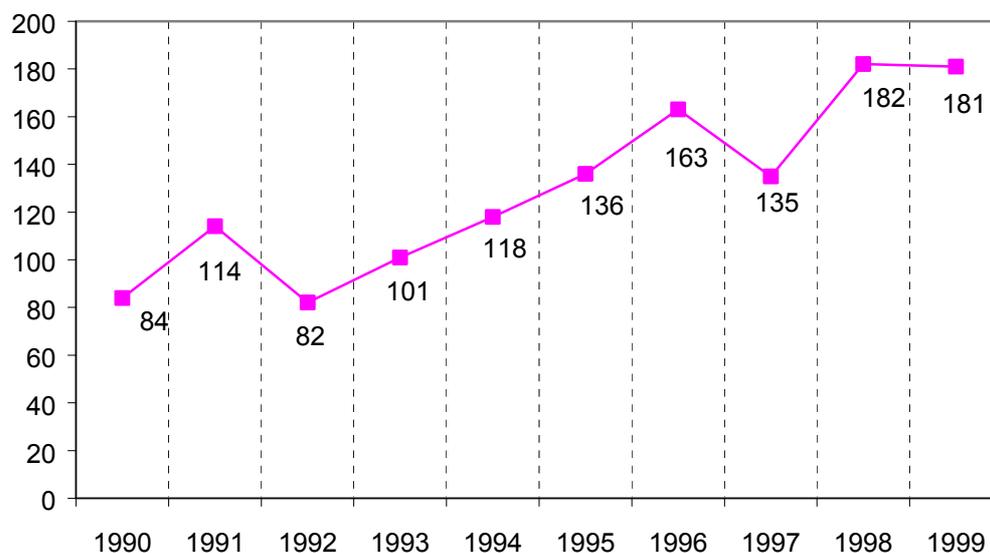
¹⁹ **Qualificadores** – Conforme descrito no capítulo anterior da presente dissertação, o “DeCS possui ainda o recurso de uma lista de qualificadores (história, epidemiologia etc.), permitidos a cada descritor específico para auxiliar o indexador a “dar o sentido exato” ao termo na indexação.”

A tabela 1 mostra a distribuição da produção científica segundo o ano de sua defesa. A análise cronológica mostra um aumento continuado do número de teses/dissertações indexadas, principalmente comparando 1990 com 1991 (+35,7% no total). Apesar de queda em 1992 (-28,1%), foi retomado o crescimento, que se manteve até 1996, com nova queda em 1997 (-17,2%), chegando ao maior número em 1998 (182 teses/dissertações indexadas). (Graf. 2)

Tabela 1 - Produção Científica analisadas segundo o ano de Defesa.

SAÚDE PÚBLICA	Total	% Cresc.
1990	84	0
1991	114	35,7
1992	82	-28,1
1993	101	23,2
1994	118	16,8
1995	136	15,3
1996	163	19,9
1997	135	-17,2
1998	182	34,8
1999	181	-0,5
Total	1296	100,0

Gráfico 2 - Produção Científica em SP - Saúde Pública 1990-1999



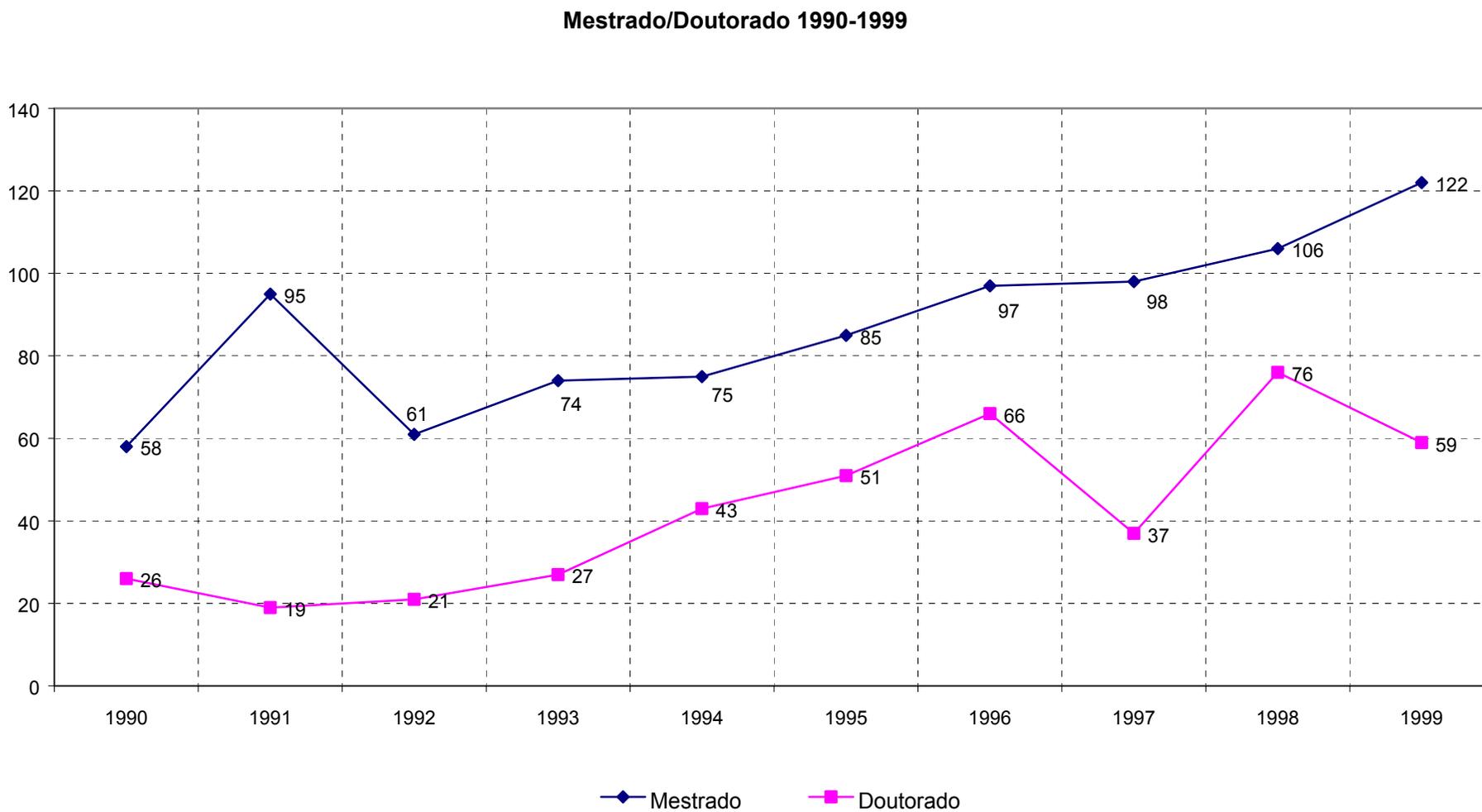
A análise dos 1.296 registros, realizada considerando-se as características da produção segundo o grau acadêmico, obteve o seguinte resultado: 871 dissertações de mestrado (67,0%) e 425 teses de doutorado (33,0%).

Verifica-se na análise cronológica que as dissertações de mestrado obtiveram um pico de crescimento em 1991 (+63,8%), seguido de queda em 1992 (-35,8%) e retomando um crescimento contínuo até 1999. As teses de doutorado, ao contrário das dissertações, apresentaram um crescimento inicial contínuo até 1996, havendo declínio em 1997 (-43,9%), aumento em 1998 (+105,4%) e novo declínio em 1999. (Tab.2 e Gráf.3)

Tabela 2 - Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado segundo o ano de defesa e percentual de crescimento.

SP - SAÚDE PÚBLICA	Mestrado		Doutorado		Total	
	N	% Cresc.	N	% Cresc.	N	% Cresc.
1990	58	-	26	-	84	-
1991	95	63,8	19	-26,9	114	35,7
1992	61	-35,8	21	10,5	82	-28,1
1993	74	21,3	27	28,6	101	23,2
1994	75	1,4	43	59,3	118	16,8
1995	85	13,3	51	18,6	136	15,3
1996	97	14,1	66	29,4	163	19,9
1997	98	1,0	37	-43,9	135	-17,2
1998	106	8,2	76	105,4	182	34,8
1999	122	15,1	59	-22,4	181	-0,5
Total	871		425		1296	

Gráfico 3 - Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado segundo o ano de defesa e percentual de crescimento.



4.1.1. ANÁLISE TEMÁTICA DAS DISSERTAÇÕES DE MESTRADO E TESES DE DOUTORADO

Conforme já mencionado, a grande área da Saúde Pública está representada na categoria “SP” do vocabulário DeCS, que por sua vez subdivide-se em oito subcategorias. Cabe aqui reafirmar que cada tese/dissertação foi indexada com um ou mais descritores. Logo o total trabalhado a seguir refere-se ao número de **ocorrências** nos diversos níveis hierárquicos e não ao total de registros (teses/dissertações).

A tabela 3 mostra a freqüência dos descritores nas dissertações e teses relacionados a cada subcategoria de SP – Saúde Pública. O maior número de ocorrências está na subcategoria SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde, com 989 ocorrências equivalendo a 33,90% do total. Em seguida, SP1 – Administração e Planejamento em Saúde com 499 (17,11%), e SP4 – Saúde Ambiental com 495 (16,97%) itens. Cada subcategoria será detalhada mais adiante. (Fig. 3 e Graf. 4)

Tabela 3 – Teses e Dissertações: segundo o número e percentual de ocorrências – SP – Subcategorias.

SP - SAÚDE PÚBLICA	Mestrado		Doutorado		Total	
	N	%	N	%	N	%
SP1 - ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	332	11,40	167	5,73	499	17,13
SP2 - PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	658	22,60	331	11,35	989	33,95
SP3 - DEMOGRAFIA	166	5,71	84	2,87	250	8,58
SP4 - SAÚDE AMBIENTAL	329	11,31	166	5,68	495	16,99
SP5 - EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	198	6,81	100	3,42	298	10,23
SP6 - NUTRIÇÃO	126	4,32	63	2,17	189	6,49
SP7 - REFORMA DO SETOR SAÚDE	122	4,18	61	2,10	183	6,28
SP8 - DESASTRES	6	0,19	4	0,15	10	0,34
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	1937	66,52	976	33,48	2913	100,00

Pode-se observar, também na tabela 3, que o percentual de ocorrências mantém, aproximadamente, a mesma proporção entre as dissertações de mestrado e teses de doutorado. Embora tenha havido diferenças no crescimento anual das teses e dissertações, optou-se doravante por considerar o todo como produção científica.

Figura 3 – Teses / Dissertações: Distribuição percentual de Subcategorias: SP– Saúde Pública.

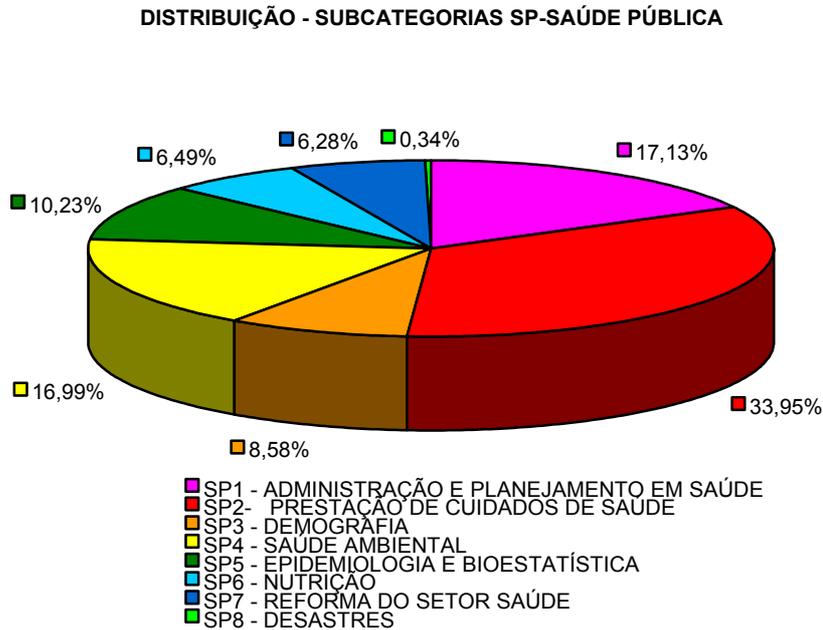
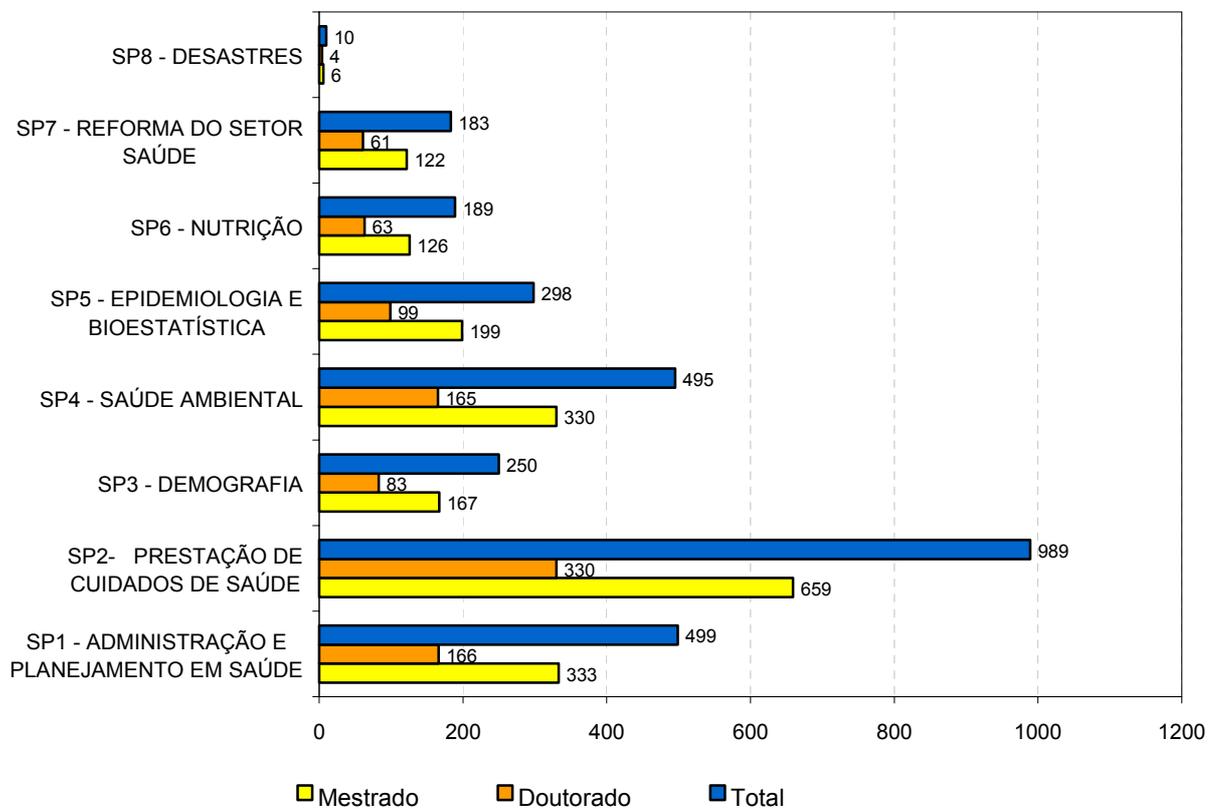


Gráfico 4 – Produção Científica SP - Saúde Pública – Subcategorias



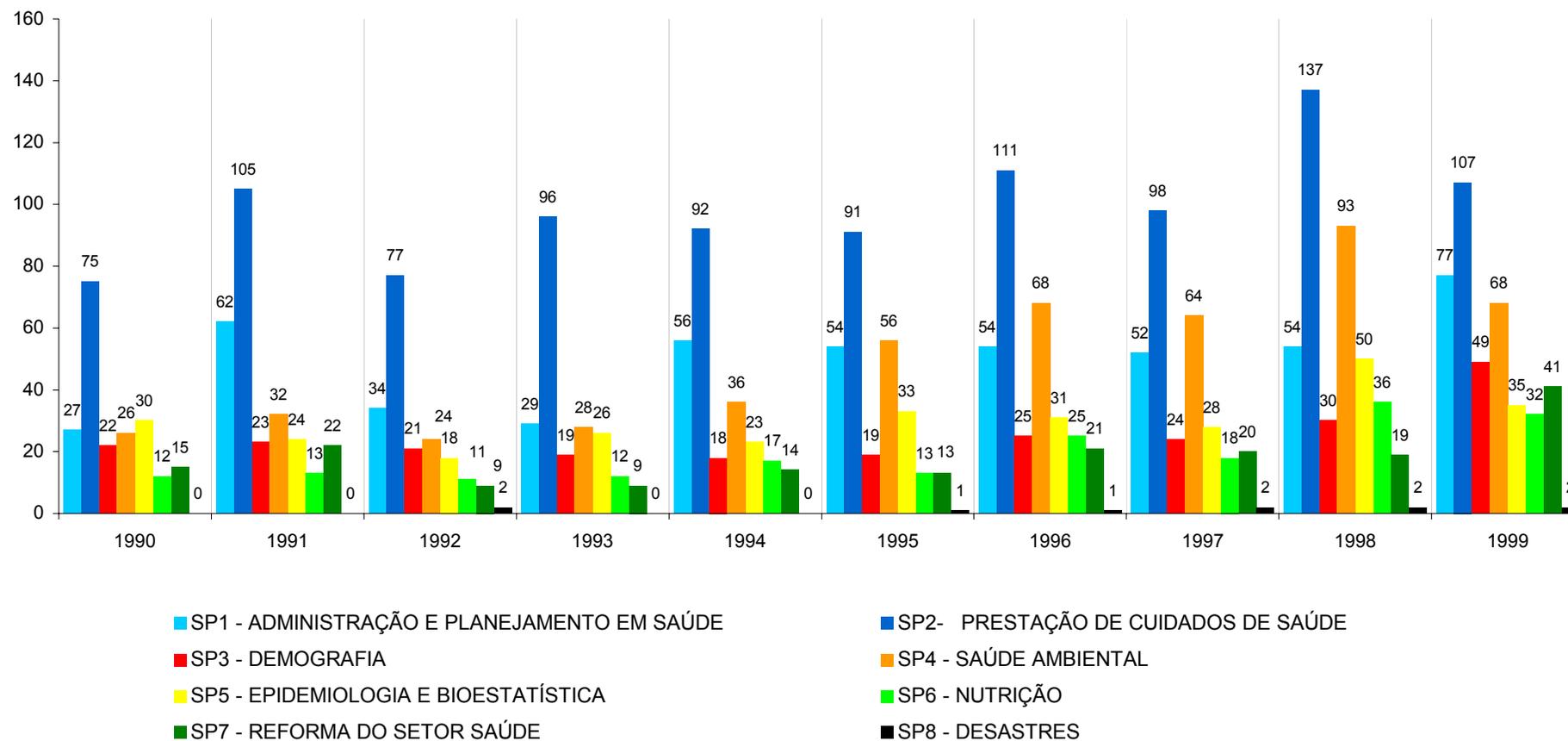
A tabela 4 mostra a distribuição das ocorrências divididas por subcategorias e ano de publicação. Na distribuição temporal a subcategoria SP2 mantém o maior índice de ocorrências em todos os anos. A partir de 1995 observa-se um crescimento da subcategoria SP4- Saúde Ambiental. As demais subcategorias apresentam crescimento instável (Graf. 5). Cada subcategoria será detalhada mais adiante.

Tabela 4 – Produção Científica: Distribuição das subcategorias por ano - 1990-1999, ocorrências por número e percentual.

SP - SAÚDE PÚBLICA	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
SP1 - ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	27	62	34	29	56	54	54	52	54	77	499
SP2- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	75	105	77	96	92	91	111	98	137	107	989
SP3 - DEMOGRAFIA	22	23	21	19	18	19	25	24	30	49	250
SP4 - SAÚDE AMBIENTAL	26	32	24	28	36	56	68	64	93	68	495
SP5 - EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	30	24	18	26	23	33	31	28	50	35	298
SP6 - NUTRIÇÃO	12	13	11	12	17	13	25	18	36	32	189
SP7 - REFORMA DO SETOR SAÚDE	15	22	9	9	14	13	21	20	19	41	183
SP8 - DESASTRES	0	0	2	0	0	1	1	2	2	2	10
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	207	281	196	219	256	280	336	306	421	411	2913

Gráfico 5 - Produção Científica: Distribuição das subcategorias por ano - 1990-1999.

Subcategorias SP - 1990-1999



As subcategorias SP - Saúde Pública do DeCS estão detalhadas, a seguir, destacando-se os aspectos quantitativos, subdivididos por ano de publicação e indexados até o terceiro nível hierárquico (Tabelas 5 a 13 e Gráficos 6 a 14).

a) SP1 – A área da “Administração e Planejamento em Saúde”, inclui os seguintes termos no segundo nível hierárquico: *Organização e Políticas Governamentais; Vigilância Sanitária, Sistema de Saúde; Gerência, Organização e Administração; Organizações; Planejamento; Prática Profissional, Desenvolvimento de Programas*, entre outros (que não tiveram nenhuma ocorrência), referindo-se a conceitos relacionados com a efetividade, a suficiência e a eficiência dos serviços de saúde. Inclui 499 ocorrências, equivalendo a 17,13% do total. (tab.5)

Tabela 5 – Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde.

SP1 - ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
ORGANIZAÇÃO E POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS - SP1.007	13	18	9	5	17	11	15	15	18	19	140
Organização e Políticas Governamentais - SP1.007.000 ²⁰	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	4
Direitos Humanos - SP1.007.117	5	-	1	1	1	2	-	3	2	5	20
Jurisprudência - SP1.007.135	-	-	-	-	2	-	-	1	2	2	7
Legislação - SP1.007.139	1	-	-	-	2	-	-	1	1	1	6
Políticas de Controle Social - SP1.007.211	5	18	8	3	9	9	15	10	11	9	97
Controles Formais da Sociedade - SP1.007.274	1	-	-	1	1	-	-	-	-	2	5
Controle da Tecnologia - SP1.007.306	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SP1.015	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	5
Vigilância Sanitária - SP1.015.000	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	5
SISTEMA DE SAÚDE - SP1.022	4	7	3	4	10	12	9	8	7	12	76
Sistema de Saúde - SP1.022.000	1	4	2	2	5	4	4	4	2	4	32
Sistemas Locais de Saúde - SP1.022.403	3	3	1	2	5	8	5	4	5	8	44
GERÊNCIA - SP1.030	4	4	5	3	5	8	6	6	5	10	56
Gerência - SP1.030.000	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Economia - SP1.030.058	1	1	2	2	1	1	1	-	-	-	9
Administração Financeira - SP1.030.076	-	1	1	-	2	3	4	2	3	1	17
Administração de Pessoal - SP1.030.202	2	-	1	1	-	1	-	3	1	3	12
Administração Pública - SP1.030.234	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Administração em Saúde Pública - SP1.030.238	1	1	1	-	2	3	1	-	1	6	16
ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO - SP1.037	1	8	5	3	6	7	7	12	3	13	65
Técnicas de Administração - SP1.037.009	-	3	2	-	4	6	4	4	-	8	31
Adequação de Programas - SP1.037.013	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Relatórios Anuais - SP1.037.018	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Constituição e Estatutos - SP1.037.040	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Satisfação dos Consumidores - SP1.037.049	-	3	-	-	-	-	1	1	-	-	5
Tomada de Decisões (Administração) - SP1.037.054	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	3
Auditoria Administrativa - SP1.037.144	-	-	1	-	-	-	2	5	3	4	15

Continua

²⁰ Alguns registros, originalmente, receberam descritores do primeiro e segundo níveis da escala hierárquica. Para manter coerência, foram acrescentados de 3 ou 6 zeros e repetidos nos níveis hierárquicos seguintes.

Continuação

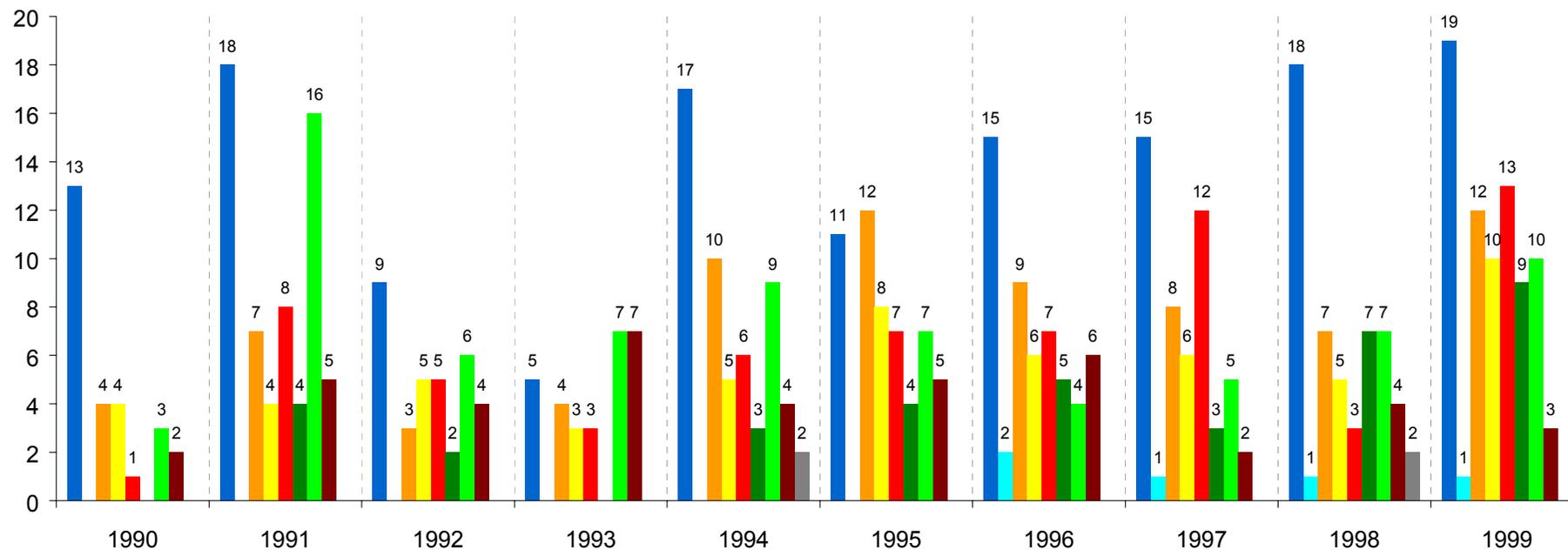
Administração por Objetivos - SP1.037.148	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Sistemas de Informação Administrativa - SP1.037.153	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Análise Organizacional - SP1.037.175	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Cultura Organizacional - SP1.037.178	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Inovação Organizacional - SP1.037.180	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Propriedade - SP1.037.193	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Administração Científica - SP1.037.256	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ORGANIZAÇÕES - SP1.045	-	4	2	-	3	4	5	3	7	9	37
Academias e Institutos - SP1.045.004	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Órgãos Governamentais - SP1.045.090	-	3	-	-	-	-	5	1	4	4	17
Organizações de Planejamento em Saúde – SP1.045.103	-	-	1	-	3	3	-	1	1	2	11
Organizações Não Governamentais - SP1.045.170	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3
Organizações Sem Fins Lucrativos - SP1.045.189	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Órgãos Regionais - SP1.045.252	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Grupos de Auto-Ajuda - SP1.045.265	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sociedades - SP1.045.279	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
PLANEJAMENTO - SP1.052	3	16	6	7	9	7	4	5	7	10	74
Planejamento - SP1.052.000	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Planejamento em Saúde - SP1.052.099	3	11	6	4	5	6	2	3	6	5	51
Técnicas de Planejamento - SP1.052.207	-	3	-	2	4	1	1	2	1	5	19
Formulação de Projetos - SP1.052.230	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Planejamento Socioeconômico - SP1.052.283	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PRÁTICA PROFISSIONAL - SP1.060	2	5	4	7	4	5	6	2	4	3	42
Prática Profissional - SP1.060.000	1	1	2	-	3	3	5	1	4	2	22
Ética - SP1.060.067	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Prática do Docente de Enfermagem - SP1.060.155	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Autonomia Profissional - SP1.060.205	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Referência e Consulta - SP1.060.247	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Supervisão - SP1.060.292	1	4	2	4	-	2	1	1	-	-	15
DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - SP1.078	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	4
Desenvolvimento de Programas - SP1.078.000	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-	4
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	27	62	34	29	56	54	54	52	54	77	499

O assunto²¹ *Organização e Políticas Governamentais* foi o mais desenvolvido - 140 ocorrências - representando 28,6% do total desta subcategoria, com destaque para o descritor *Políticas de Controle Social*, que manteve freqüência estável no período com ápice em 1991 (18 ocorrências). Em seguida, estão os assuntos *Sistema de Saúde*, com 76 ocorrências (15,23%), e *Planejamento*, com 74 ocorrências (14,83%). Dentro do assunto *Sistema de Saúde*, os dois descritores *Sistema de Saúde* e *Sistemas Locais de Saúde* mantêm equilíbrio na freqüência de ocorrências durante o período. Dentre os outros assuntos, cabe destaque para a baixa freqüência em *Vigilância Sanitária*: 5 ocorrências (0,93%), e *Desenvolvimento de Programas*, 4 ocorrências (0,75%). (Graf. 6)

²¹ **Assunto** – Para efeitos de diferenciar e facilitar a compreensão, serão chamados de **Assuntos** os descritores que estão no nível 2, e de descritores os pertencentes ao nível 3 dentro da escala hierárquica.

Gráfico 6 – Produção Científica: Subcategoria SP1-distribuição temporal dos assuntos ou nível 2.

SP1 - Administração e Planejamento em Saúde



- ORGANIZAÇÃO E POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS - SP1.007
- SISTEMA DE SAÚDE - SP1.022
- ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO - SP1.037
- PLANEJAMENTO - SP1.052
- DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - SP1.078
- VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SP1.015
- GERÊNCIA - SP1.030
- ORGANIZAÇÕES - SP1.045
- PRÁTICA PROFISSIONAL - SP1.060

b) SP2 – A subcategoria SP2 – *Prestação de Cuidados de Saúde*, refere-se à promoção da saúde de modo geral, ou seja, promoção e manutenção da saúde física e mental da população, ou para grupos específicos como a saúde mental, escolar, infantil, do idoso, entre outros. Inclui, ainda, os serviços de saúde voltados à saúde comunitária. Nesta subcategoria estão ainda os seguintes **assuntos**: *Recursos Humanos em Saúde, Pessoal de Saúde, Ocupações em Saúde, Recursos em Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Serviço de Limpeza, Higiene, Administração dos Cuidados ao Paciente, Medicina Preventiva, Saúde Pública* (referindo-se ao conceito), *Odontologia em Saúde Pública, Prática em Saúde Pública, Escolas de saúde Pública e Previdência Social*. Com 989 ocorrências, esta subcategoria obteve o maior número de ocorrências (33,95% do total geral) nas teses/dissertações.

A tabela 5, distribuição temporal desta subcategoria, mostra que o **assunto** *Serviços de Saúde* foi o de maior frequência com 364 ocorrências no total, equivalente a 36,80%. Neste **assunto**, os destaques são os descritores *Serviços de Saúde Comunitária*, com 132 ocorrências - distribuídas de forma equilibrada no período, e *Cuidados de Enfermagem*, com 109 ocorrências no período, sendo que em 1990 obteve 20 ocorrências, seguindo em declínio oscilante até 1999. O segundo **assunto** com maior número de ocorrências foi *Administração dos Cuidados do Paciente*, com 193 indexações (18,7)%, onde os dois descritores - *Cuidados Integrals de Saúde e Qualidade dos Cuidados de Saúde* - mantêm certo equilíbrio na distribuição temporal.

Tabela 5 – Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde.

SP2- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
SAÚDE - SP2.002	5	17	9	11	19	11	18	14	19	21	144
Saúde do Adulto - SP2.002.057	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Saúde do Idoso - SP2.002.088	3	1	-	3	-	1	-	3	2	-	13
Saúde Infantil (Saúde Pública) - SP2.002.119	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Saúde Ambiental - SP2.002.150	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	4
Saúde Ocular - SP2.002.181	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2
Saúde da Família - SP2.002.212	-	1	3	-	1	-	1	-	2	1	9
Nível de Saúde - SP2.002.243	-	3	-	-	4	-	3	1	2	5	18
Saúde Materno-Infantil - SP2.002.274	-	2	-	3	1	-	1	-	-	-	7
Saúde Mental - SP2.002.305	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	18
Saúde Ocupacional - SP2.002.326	-	2	1	3	3	5	4	5	2	6	31

Continua

Continuação

Saúde Bucal - SP2.002.367	-	-	1	1	2	1	-	-	3	2	10
Saúde Escolar - SP2.002.398	-	2	1	-	1	1	-	-	-	1	6
Saúde Urbana - SP2.002.429	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Saúde da Mulher - SP2.002.489	-	3	-	-	4	1	5	2	4	2	21
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - SP2.007	1	-	1	1	-	1	-	1	-	-	5
Pessoal Administrativo - SP2.007.004	1	-	1	1	-	1	-	1	-	-	5
PESSOAL DE SAÚDE - SP2.009	1	5	5	9	4	13	12	11	4	15	79
Pessoal Técnico de Saúde - SP2.009.021	1	-	2	2	1	1	3	3	-	3	16
Recursos Humanos em Odontologia - SP2.009.040	-	-	-	-	-	2	1	2	-	-	5
Odontólogos - SP2.009.045	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Docente - SP2.009.058	-	1	1	1	-	2	-	-	1	-	6
Corpo Clínico - SP2.009.130	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Enfermeiras - SP2.009.148	-	1	-	1	3	2	4	3	2	2	18
Recursos Humanos de Enfermagem - SP2.009.162	-	1	1	1	-	-	2	1	-	2	8
Recursos Humanos em Nutrição - SP2.009.166	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	3
Recursos Humanos em Hospital - SP2.009.184	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	4
Farmacêuticos - SP2.009.193	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Médicos - SP2.009.198	-	1	-	1	-	2	1	1	-	3	9
Pesquisadores - SP2.009.220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Integração Docente-Assistencial - SP2.009.238	-	1	-	-	-	1	1	1	1	1	6
OCUPAÇÕES EM SAÚDE - SP2.011	-	-	1	-	1						
Ocupações em Saúde - SP2.011.000	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
RECURSOS EM SAÚDE - SP2.015	5	8	6	10	5	2	10	8	10	10	74
Instituições de Saúde - SP2.015.072	5	8	6	10	5	2	10	8	10	10	74
SERVIÇOS DE SAÚDE - SP2.022	36	38	29	40	34	28	40	31	56	32	364
Serviços de Saúde para Adolescentes - SP2.022.007	-	-	1	1	2	1	-	-	1	-	6
Cuidado da Criança - SP2.022.013	3	2	-	4	1	1	1	2	4	1	19
Serviços de Saúde Comunitária - SP2.022.018	7	10	10	13	20	11	16	12	19	14	132
Assistência Odontológica - SP2.022.031	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	3
Serviços de Saúde Bucal - SP2.022.036	-	-	1	1	-	3	-	-	1	2	8
Serviços de Dietética - SP2.022.049	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Serviços Médicos de Emergência - SP2.022.054	-	1	2	1	-	1	-	1	1	-	7
Serviços de Saúde para Idosos - SP2.022.076	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Serviços de Saúde Mental - SP2.022.139	1	-	-	1	2	2	3	2	4	3	18
Cuidados de Enfermagem - SP2.022.153	20	17	11	12	4	6	14	8	12	5	109
Serviços de Enfermagem - SP2.022.157	-	2	-	2	-	2	1	-	1	2	10
Assistência ao Paciente - SP2.022.171	2	2	1	1	2	-	4	2	4	5	23
Serviços Farmacêuticos - SP2.022.189	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Reabilitação - SP2.022.211	2	3	1	2	1	-	1	3	7	-	20
Serviços de Saúde para Mulheres - SP2.022.723	-	-	1	1	2	1	-	-	-	-	5
ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - SP2.030	9	13	9	13	6	5	5	8	9	7	84
Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde - SP2.030.090	-	2	-	1	1	-	-	-	1	1	6
Pesquisa Sobre Serviços de Saúde - SP2.030.094	2	-	-	1	2	-	-	-	1	-	6
Administração Hospitalar - SP2.030.103	6	10	6	10	3	2	5	5	6	4	57
Sistemas de Informação Administrativa - SP2.030.117	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Registros - SP2.030.207	1	1	1	1	-	2	-	3	1	2	12
Triagem - SP2.030.243	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
SERVIÇO DE LIMPEZA - SP2.037	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Seviço de Limpeza - SP2.037.000	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
HIGIENE - SP2.039	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Higiene - SP2.039.000	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
ADMINISTRAÇÃO DOS CUIDADOS AO PACIENTE - SP2.052	12	20	12	4	19	23	20	19	29	17	175
Cuidados Integrals de Saúde - SP2.052.022	8	13	8	2	14	13	11	10	26	11	116
Qualidade dos Cuidados de Saúde - SP2.052.202	4	7	4	2	5	10	9	9	3	6	59
MEDICINA PREVENTIVA - SP2.054	1	-	1								
Medicina Preventiva - SP2.054.000	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAÚDE PÚBLICA - SP2.055	-	4	3	2	1	1	4	1	5	2	23
Saúde Pública - SP2.055.000	-	4	3	2	1	1	4	1	5	2	23
ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA - SP2.056	-	-	2	2	2	6	2	3	2	1	20
Odontologia em Saúde Pública - SP2.056.000	-	-	-	2	2	3	1	1	-	1	10
Levantamentos de Saúde Bucal - SP2.056.305	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	3

Continua

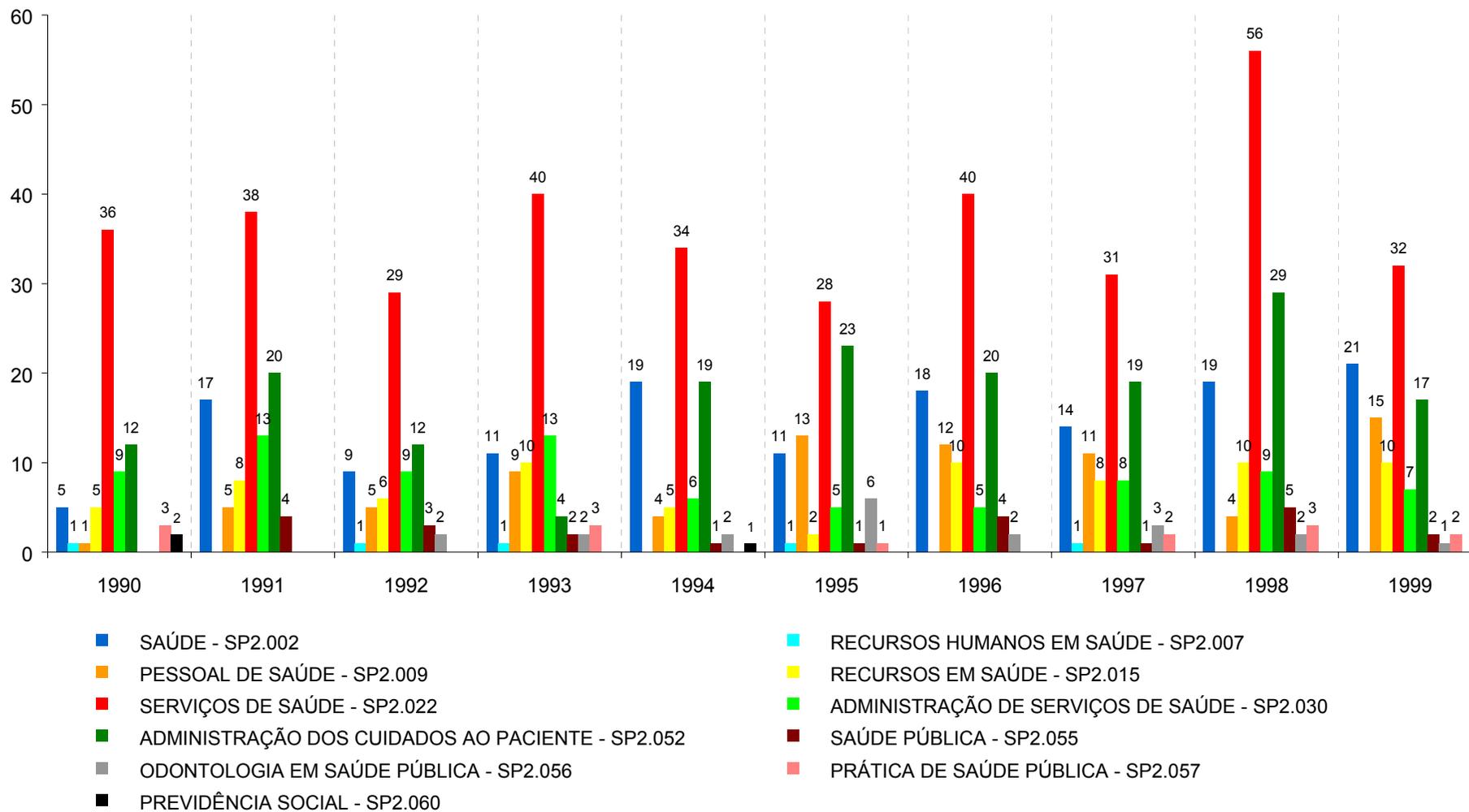
Continuação

Fluoretos Tópicos - SP2.056.460	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Fluoração - SP2.056.491	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	3
Odontologia Preventiva - SP2.056.522	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA - SP2.057	3	-	-	3	-	1	-	2	3	2	14
Prática de Saúde Pública - SP2.057.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Controle de Doenças Transmissíveis - SP2.057.171	3	-	-	3	-	1	-	1	3	1	12
Precauções Universais - SP2.057.940	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
PREVIDÊNCIA SOCIAL - SP2.060	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
Sistemas Previdenciários - SP2.060.225	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	75	105	77	96	92	91	111	98	137	107	989

O **assunto** *Saúde* é o terceiro, em escala decrescente, com 144 ocorrências (14,56%), onde os descritores *Saúde Ocupacional* e *Saúde da Mulher* foram os de maior frequência (31 e 21 respectivamente), e com distribuição temporal equilibrada, sem qualquer destaque no período. Das 84 ocorrências (8,40%) do **assunto** *Administração de Serviços de Saúde*, 57 são do descritor *Administração Hospitalar* que aponta oscilação no início da década e em seguida mantém constância. No **assunto** *Pessoal de Saúde*, com 79 ocorrências (7,99%), os descritores com maior frequência são *Enfermeiras* e *Pessoal Técnico de Saúde*, com 18 e 16 ocorrências, respectivamente. O **assunto** *Recursos de Saúde* apresenta apenas um descritor – *Instituições de Saúde*, com 74 ocorrências (7,48%). Estes **assuntos** não apresentaram variação relevante no período. Os demais **assuntos**, obtendo frequência ≤ 2 , não foram representativos considerados isoladamente. (Graf.7)

Gráfico 7 – Produção Científica: Subcategoria SP2- Prestação dos Cuidados de Saúde: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2

SP2 - Prestação dos Cuidados de Saúde



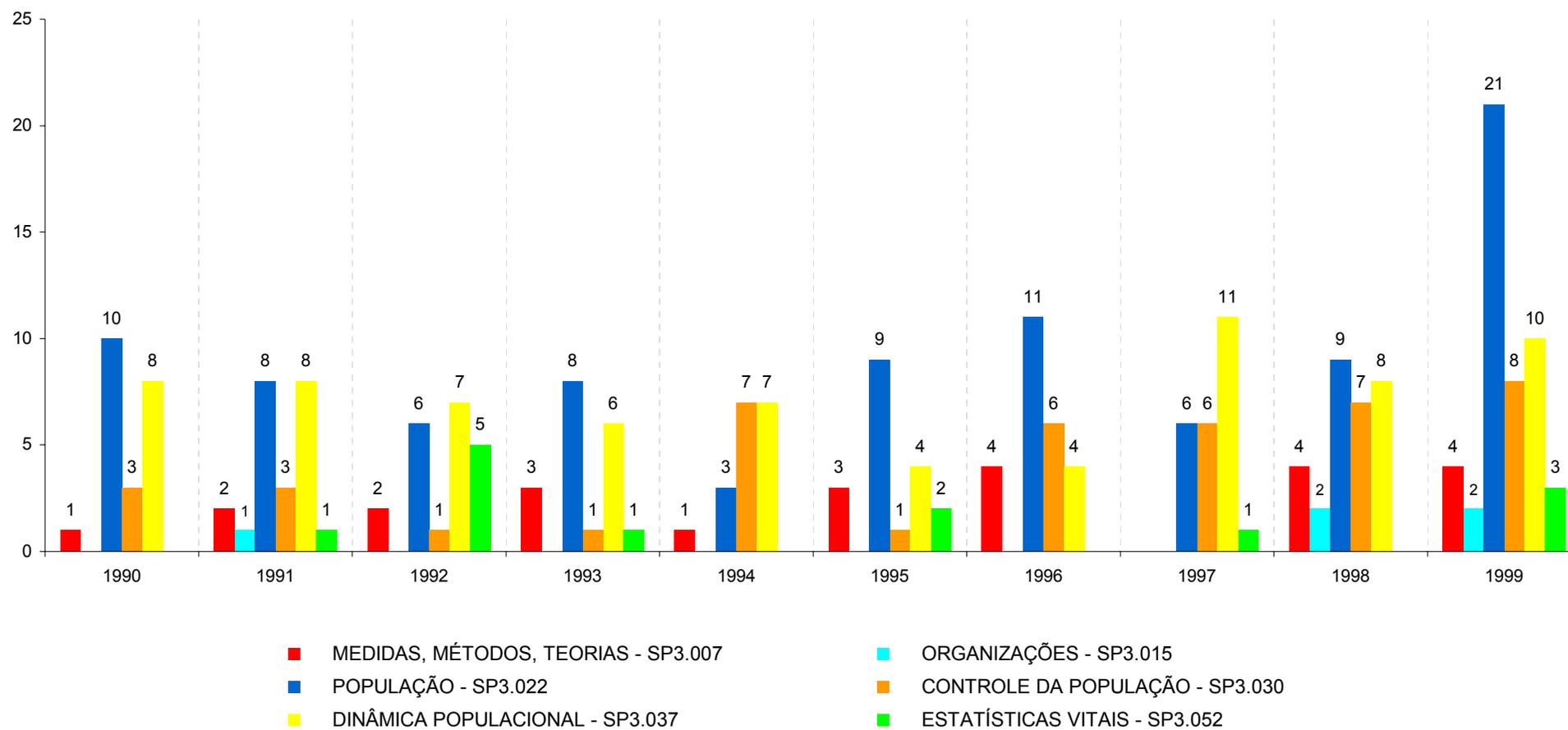
c) SP3 – O grupo de descritores que caracterizam os trabalhos da subcategoria “Demografia” refere-se à análise e descrição da população sob o ponto de vista de sua distribuição, suas características e seu controle. Dos 6 **assuntos** desta subcategoria, o item *População* apresentou 91 ocorrências (36,40%), todas em um único descritor identificado como *Características da População*, distribuídas de forma irregular no período, com o menor número de ocorrências (somente 3) em 1994, e ápice (com 21) em 1999. O **assunto** *Dinâmica Populacional*, com 73 ocorrências (29,20%), arrola 3 descritores, mas somente *Esperança de Vida*, com 72 ocorrências, merece destaque. O **assunto** *Controle da População*, está representado pelo descritor *Planejamento Familiar*, com 43 ocorrências (17,20%), apresentando oscilações no período. Os demais **assuntos** desta subcategoria são *Medidas, Métodos, Teorias*, com 24 ocorrências (9,6%); *Estatísticas Vitais*, com 13 ocorrências (5,20%); e, *Organizações*, com 5 ocorrências (2,00%). (Tab.6 e Graf. 8)

Tabela 6 – Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP3 – Demografia.

	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
Demografia - SP3.000.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
MEDIDAS, MÉTODOS, TEORIAS - SP3.007	1	2	2	3	1	3	4	-	4	4	24
Medidas, Métodos, Teorias - SP3.007.000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Teoria de População - SP3.007.054	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3
Taxas, Razões e Proporções - SP3.007.058	-	2	-	3	1	2	3	-	3	3	17
Métodos de Análise e Projeção da População - SP3.007.072	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	3
ORGANIZAÇÕES - SP3.015	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2	5
Organizações - SP3.015.000	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	4
Agências Internacionais - SP3.015.022	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
POPULAÇÃO - SP3.022	10	8	6	8	3	9	11	6	9	21	91
Características da População - SP3.022.036	10	8	6	8	3	9	11	6	9	21	91
CONTROLE DA POPULAÇÃO - SP3.030	3	3	1	1	7	1	6	6	7	8	43
Planejamento Familiar - SP3.030.013	3	3	1	1	7	1	6	6	7	8	43
DINÂMICA POPULACIONAL - SP3.037	8	8	7	6	7	4	4	11	8	10	73
Esperança de Vida - SP3.037.027	8	8	7	6	7	4	4	11	7	10	72
Crescimento Demográfico - SP3.037.045	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ESTATÍSTICAS VITAIS - SP3.052	-	1	5	1	-	2	-	1	-	3	13
Estatísticas Vitais - SP3.052.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Coleta de Dados - SP3.052.004	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Sub-Registro - SP3.052.076	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	3
Registro de Estatísticas Vitais - SP3.052.081	-	-	2	1	-	2	-	1	-	2	8
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	22	23	21	19	18	19	25	24	30	49	250

Gráfico 8 – Produção Científica: Subcategoria SP3- Demografia: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2

SP3 - DEMOGRAFIA



d) SP4 – SAÚDE AMBIENTAL – A tabela 7 mostra que esta subcategoria contempla o conceito (construído a partir do DeCS) de saúde ambiental sob os diversos aspectos, no que diz respeito ao equilíbrio desejado entre o homem e “seu” ambiente, para o seu completo bem-estar. Esta subcategoria, que arrola **assuntos** que vão de *Ecologia a Saúde Ocupacional*, ocupa o terceiro lugar, em escala quantitativa decrescente. O **assunto** *Saúde Ocupacional* obteve 140 ocorrências (28,28%), com destaque para os descritores *Medicina Ocupacional*, que soma 44 ocorrências com distribuição crescente na década, com exceção em 1997, e *Segurança*, com 42 ocorrências apresentando oscilações no período(1992 e 1999). Em seguida, vem o **assunto** *Saneamento*, com 69 ocorrências (13,94%), tendo como descritores principais *Saneamento* (21), *Indústrias* (18) e *Controle de Pragas* (15). Todos distribuídos de forma irregular na década. Cabe ainda destacar que em 1992 não houve ocorrências neste **assunto**. O terceiro **assunto** de maior frequência foi *Engenharia Ambiental*, 50 ocorrências (10,10%), com destaque para o descritor *Poluição Ambiental* (33), também com distribuição irregular no período. Os demais **assuntos**: *Ecologia*, *Riscos Ambientais*, *Toxicologia*, *Engenharia Sanitária*, *Saneamento*, *Água*, *Abastecimento de Água*, *Águas Residuárias*, *Resíduos Sólidos*, *Solo*, *Ar* e *Inspeção de Alimentos*, apresentaram distribuição dispersa na década. (Graf. 9)

Tabela 7 - Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP4 - SAÚDE AMBIENTAL.

SP4 - SAÚDE AMBIENTAL	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
ECOLOGIA - SP4.115	-	2	3	4	1	2	6	2	5	2	27
Ecologia - SP4.115.000	-	1	1	2	-	-	-	-	2	1	7
Clima - SP4.115.131	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2
Ecologia de Vetores - SP4.115.140	-	-	1	1	1	1	4	2	2	1	13
Ecosistema - SP4.115.146	-	1	-	1	-	1	1	-	1	-	5
ENGENHARIA AMBIENTAL - SP4.173	3	3	3	1	2	7	5	6	14	6	50
Administração Ambiental - SP4.173.176	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3
Qualidade de Vida - SP4.173.182	-	-	1	-	-	1	2	-	2	1	7
Poluição Ambiental - SP4.173.185	3	3	2	-	2	5	2	5	7	4	33
Educação Ambiental - SP4.173.188	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Economia Ambiental - SP4.173.191	-	-	-	1	-	1	1	-	2	-	5
RISCOS AMBIENTAIS - SP4.231	5	3	4	2	2	4	4	4	9	5	42
Riscos Ambientais SP4.231.000	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	5
Exposição Ambiental - SP4.231.197	1	-	-	1	1	-	-	1	1	1	6
Impacto Ambiental - SP4.231.200	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	3
Impactos na Saúde - SP4.231.203	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Indicadores de Contaminação - SP4.231.206	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Pesquisa - SP4.231.212	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-	4

Continua

Continuação

Legislação Ambiental - SP4.231.215	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	3
Planejamento Ambiental - SP4.231.218	2	1	2	1	-	1	-	-	-	1	8
Monitoramento Ambiental - SP4.231.224	-	-	1	-	-	1	1	1	2	-	6
Parques Nacionais - SP4.231.227	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Planejamento Socioeconômico - SP4.231.236	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Privatização - SP4.231.242	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Tecnologia - SP4.231.263	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
TOXICOLOGIA - SP4.289	1	1	1	1	2	4	6	6	7	2	31
Toxicologia - SP4.289.000	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Acidentes Químicos - SP4.289.266	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	3
Contaminação Química - SP4.289.275	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3
Poluentes Químicos - SP4.289.278	1	-	-	-	1	1	-	1	1	1	6
Exposição a Produtos Químicos - SP4.289.284	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3
Exposição a Praguicidas - SP4.289.290	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Intoxicação Alimentar - SP4.289.293	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Concentração Máxima Permitida - SP4.289.296	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Resíduos Perigosos - SP4.289.302	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Substâncias Perigosas - SP4.289.308	-	-	-	-	1	2	3	-	1	1	8
Toxicologia Industrial - SP4.289.311	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
ENGENHARIA SANITÁRIA - SP4.347	1	-	-	-	-	3	2	-	-	-	6
Administração Municipal - SP4.347.314	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Código Sanitário - SP4.347.323	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Perfis Sanitários - SP4.347.341	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Planejamento Sanitário - SP4.347.344	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Tecnologia - SP4.347.347	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
SANEAMENTO - SP4.405	6	7	-	3	6	11	11	6	10	9	69
Saneamento - SP4.405.000	5	2	-	3	3	2	3	-	1	2	21
Controle de Pragas - SP4.405.350	-	-	-	-	2	2	3	1	4	3	15
Empresas de Saneamento - SP4.405.353	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	3
Política de Saneamento - SP4.405.356	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Saneamento Básico - SP4.405.359	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	6
Saneamento de Hospitais - SP4.405.368	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Indústrias - SP4.405.401	-	4	-	-	1	5	2	2	3	1	18
Saneamento Rural - SP4.405.404	1	-	-	-	-	2	1	-	-	-	4
ÁGUA - SP4.463	-	1	3	1	2	3	6	5	7	8	36
Biologia Aquática - SP4.463.488	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Qualidade da Água - SP4.463.491	-	-	2	1	-	-	2	2	2	1	10
Polição da Água - SP4.463.500	-	1	1	-	1	2	-	1	2	3	11
Microbiologia da Água - SP4.463.524	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
Oceanografia - SP4.463.527	-	-	-	-	1	-	1	-	2	3	7
Recursos Hídricos - SP4.463.536	-	-	-	-	-	-	2	2	1	-	5
ABASTECIMENTO DE ÁGUA - SP4.521	-	1	-	2	1	-	3	2	8	1	18
Abastecimento de Água - SP4.521.000	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Armazenamento de Água - SP4.521.554	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Captação de Água - SP4.521.557	-	1	-	1	1	-	1	-	2	1	7
Consumo de Água (Saúde Ambiental) - SP4.521.560	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Tratamento da Água - SP4.521.569	-	-	-	-	-	-	1	2	5	-	8
ÁGUAS RESIDUÁRIAS - SP4.579	1	3	2	-	2	-	3	6	4	4	25
Águas Residuárias - SP4.579.000	-	-	2	-	1	-	2	-	-	1	6
Características de Águas Residuárias - SP4.579.572	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	3
Redes de Esgoto - SP4.579.575	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Disposição de Águas Residuárias - SP4.579.578	1	2	-	-	1	-	-	1	-	1	6
Disposição de Excretas - SP4.579.581	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Tratamento de Águas Residuárias - SP4.579.605	-	1	-	-	-	-	-	2	3	2	8
RESÍDUOS SÓLIDOS - SP4.637	1	1	-	3	3	4	5	5	5	4	31
Resíduos Sólidos - SP4.637.000	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	3
Características de Resíduos Sólidos - SP4.637.614	1	-	-	1	1	2	1	2	1	1	10
Disposição de Resíduos Sólidos - SP4.637.617	-	-	-	1	2	1	2	-	2	1	9
Processamento de Resíduos Sólidos - SP4.637.629	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	3
Coleta de Resíduos Sólidos - SP4.637.638	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
Resíduos Perigosos - SP4.637.641	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	3
Uso de Resíduos Sólidos - SP4.637.650	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

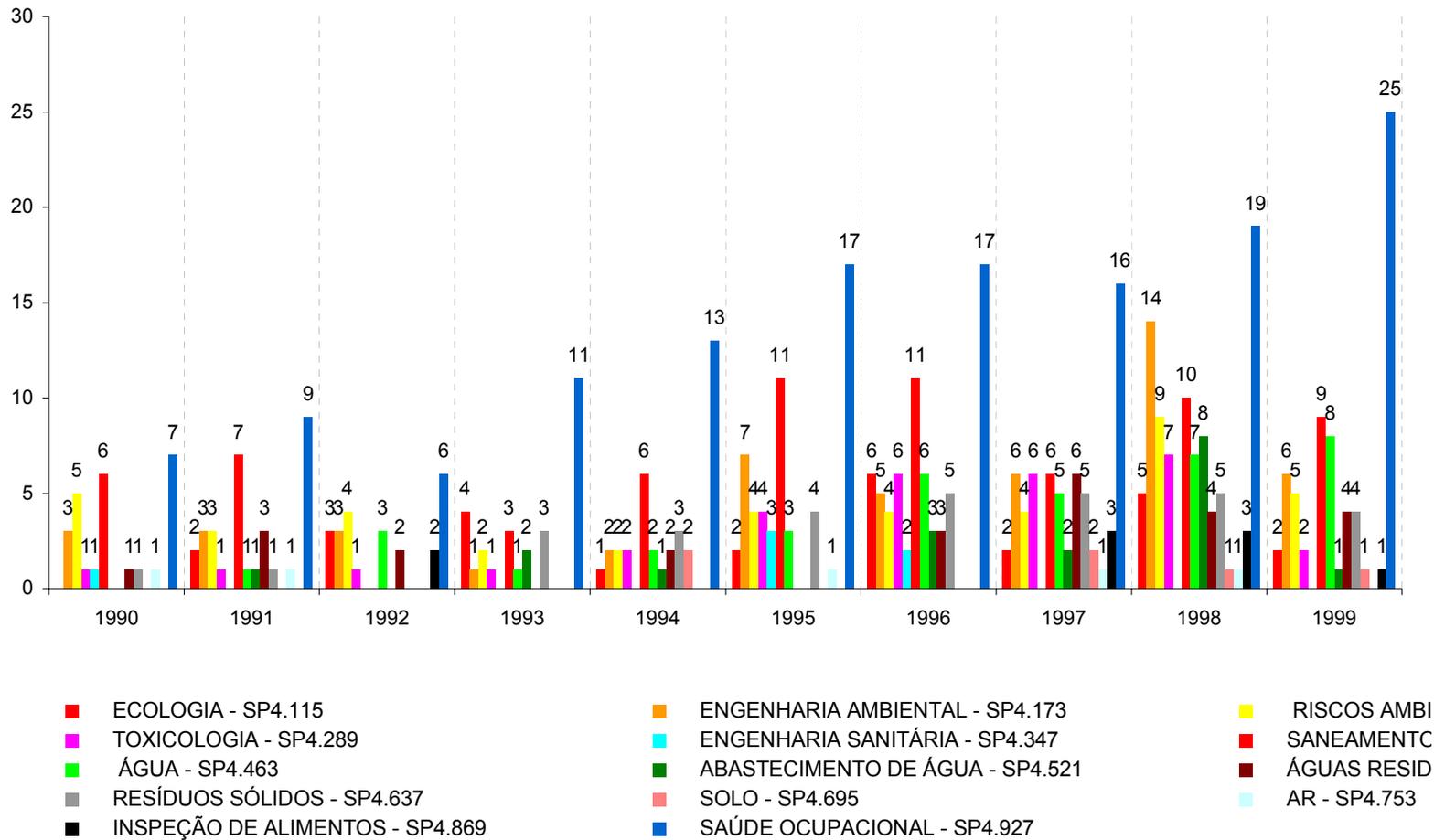
Continua

Continuação

SOLO - SP4.695	-	-	-	-	2	-	-	2	1	1	6
Solo - SP4.695.000	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Características do Solo - SP4.695.662	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Poluição do Solo - SP4.695.671	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	3
Usos do Solo - SP4.695.692	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
AR - SP4.753	1	1	-	-	-	1	-	1	1	-	5
Poluição do Ar - SP4.753.707	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Poluentes do Ar - SP4.753.710	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
INSPEÇÃO DE ALIMENTOS - SP4.869	-	-	2	-	-	-	-	3	3	1	9
Inspeção de Alimentos - SP4.869.000	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3
Análise de Alimentos - SP4.869.818	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Intoxicação Alimentar - SP4.869.836	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Nutrição - SP4.869.848	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	4
SAÚDE OCUPACIONAL - SP4.927	7	9	6	11	13	17	17	16	19	25	140
Saúde Ocupacional - SP4.927.000	-	-	1	1	2	2	2	4	1	5	18
Ambiente de Trabalho - SP4.927.857	-	-	1	-	-	1	-	1	-	1	4
Condições de Trabalho - SP4.927.866	-	-	-	1	4	3	2	1	4	5	20
Ergonomia (Saúde Ambiental) - SP4.927.875	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	4
Medicina Ocupacional - SP4.927.881	3	4	2	4	4	4	7	2	5	9	44
Segurança - SP4.927.884	2	4	2	3	3	5	5	6	8	4	42
Trabalho Noturno - SP4.927.887	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	3
Trabalho em Turnos - SP4.927.890	1	1	-	1	-	-	-	-	1	1	5
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	26	32	24	28	36	56	68	64	93	68	495

Gráfico 9 - Produção Científica: Subcategoria SP4- Saúde Ambiental: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2

SP4 - SAÚDE AMBIENTAL



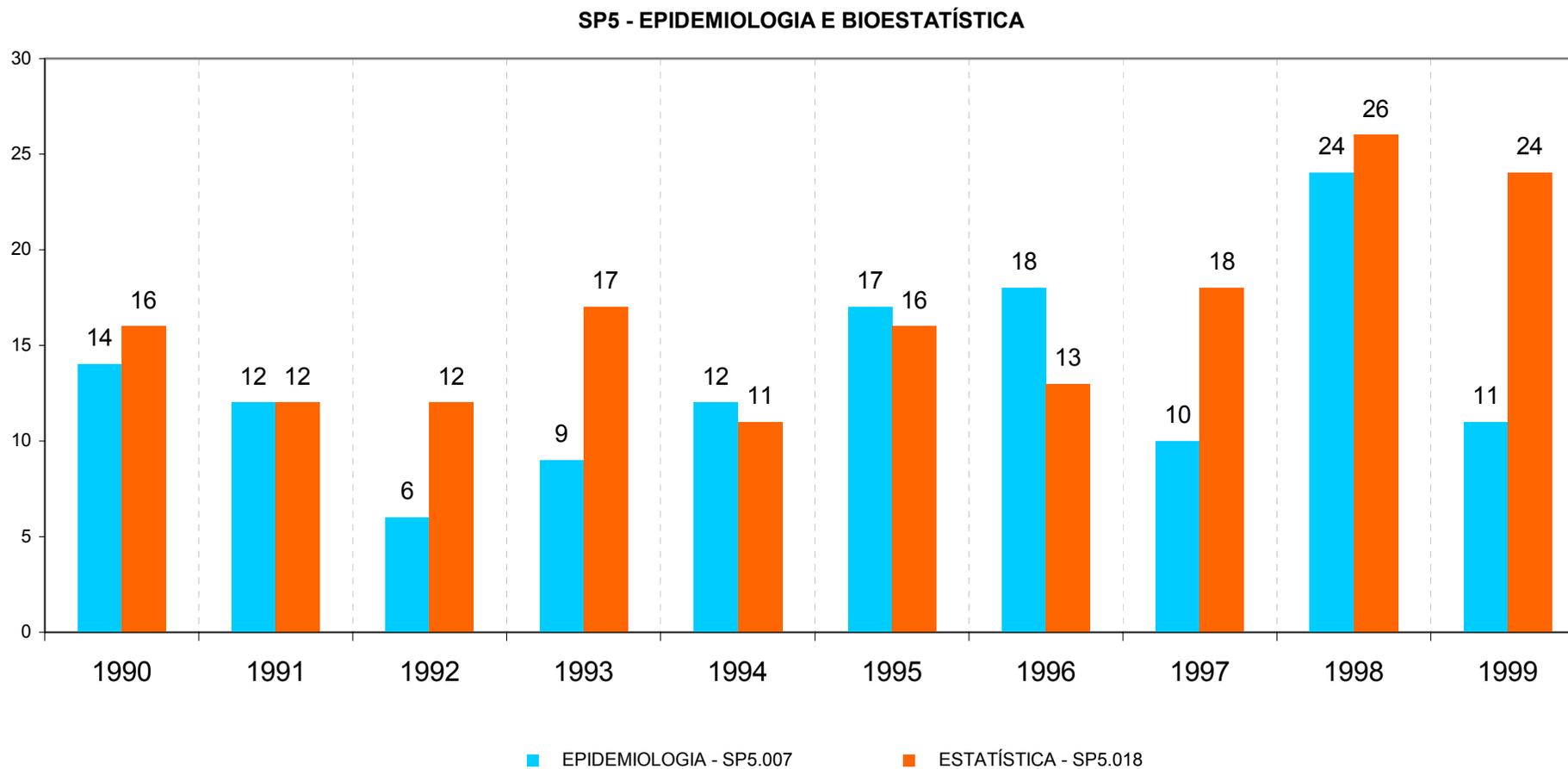
e) SP5 – Epidemiologia²² e Bioestatística - Esta subcategoria refere-se, em termos gerais, aos princípios, teorias e operacionalização dos instrumentos utilizados pela Epidemiologia e Estatística. O **assunto** *Estatística* - 165 ocorrências (55,37%) - foi o de maior frequência, com destaque para o descritor *Bioestatística (Saúde Pública)*, que obteve 112 ocorrências distribuídas de forma irregular no período, com pico em 1999. No **assunto** *Epidemiologia*, com 133 ocorrências (44,63%), os dois descritores com maior frequência: *Usos da Epidemiologia* (64) e *Métodos Epidemiológicos* (53), estão distribuídos de forma irregular na década. (Graf. 10)

Tabela 8 - Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP5 - EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA.

SP5 - EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
EPIDEMIOLOGIA - SP5.007	14	12	6	9	12	17	18	10	24	11	133
Epidemiologia - SP5.007.000	1	1	1	2	-	2	2	2	3	2	16
Métodos Epidemiológicos - SP5.007.074	5	7	2	3	4	9	5	5	12	1	53
Usos da Epidemiologia - SP5.007.097	8	4	3	4	8	6	11	3	9	8	64
ESTATÍSTICA - SP5.018	16	12	12	17	11	16	13	18	26	24	165
Estatística - SP5.018.000	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Bioestatística (Saúde Pública) - SP5.018.120	12	9	9	12	9	8	8	12	14	19	112
Interpretação Estatística de Dados - SP5.018.166	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Análise Estatística - SP5.018.189	4	3	3	5	2	7	5	6	12	3	50
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	30	24	18	26	23	33	31	28	50	35	298

²² **Epidemiologia** – É recomendação da metodologia DeCS/LILACS que o estudo de determinados agravos – causas-incidência-controle-profilaxia-prevenção – devem ser indexados pelo agravo específico, acrescido do qualificador “epidemiologia” ou “estatística”. Exemplos: TUBERCULOSE-epidemiologia; DENGUE-epidemiologia . Como só foram considerados os descritores da **Categoria Saúde Pública – SP**, os estudos epidemiológicos de determinados agravos não estão incluídos na tabela 8.

Gráfico 10 - Produção Científica: Subcategoria SP5- Epidemiologia e Bioestatística: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2



f) SP6 – Nutrição – A subcategoria Nutrição diz respeito ao consumo de alimentos, ao estado nutricional da população ou de determinados grupos, aos transtornos causados pela ausência ou má utilização de alimentos, serviços de complementação e programas e políticas de nutrição e alimentação. A tabela 9 mostra que o **assunto** de maior frequência foi *Estado Nutricional*, com 41 ocorrências (21,69%), com destaque para o descritor *Desenvolvimento Infantil* com 33 frequências no total da década. Em seguida, está o **assunto** *Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação*, 39 ocorrências (20,63%), com destaque para o descritor *Vigilância Nutricional* (19), que não apresentou ocorrências nos dois primeiros anos da década e nos anos seguintes manteve desenvolvimento irregular. O terceiro **assunto** de maior frequência foi *Transtornos Nutricionais* com 33 ocorrências (17,46%), sendo os principais descritores *Doenças Deficitárias* (14) e *Obesidade* (10). Nos **assuntos** *Alimentos* (28) e *Nutrição de Grupos de Risco* (27), dois descritores se destacam pelo total de ocorrências no período: *Nutrição infantil*, com 22 ocorrências, e *Tecnologia de Alimentos*, com 23 ocorrências, ambos distribuídos de maneira irregular na década. (Graf. 11)

Tabela 9 - Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP6 - NUTRIÇÃO.

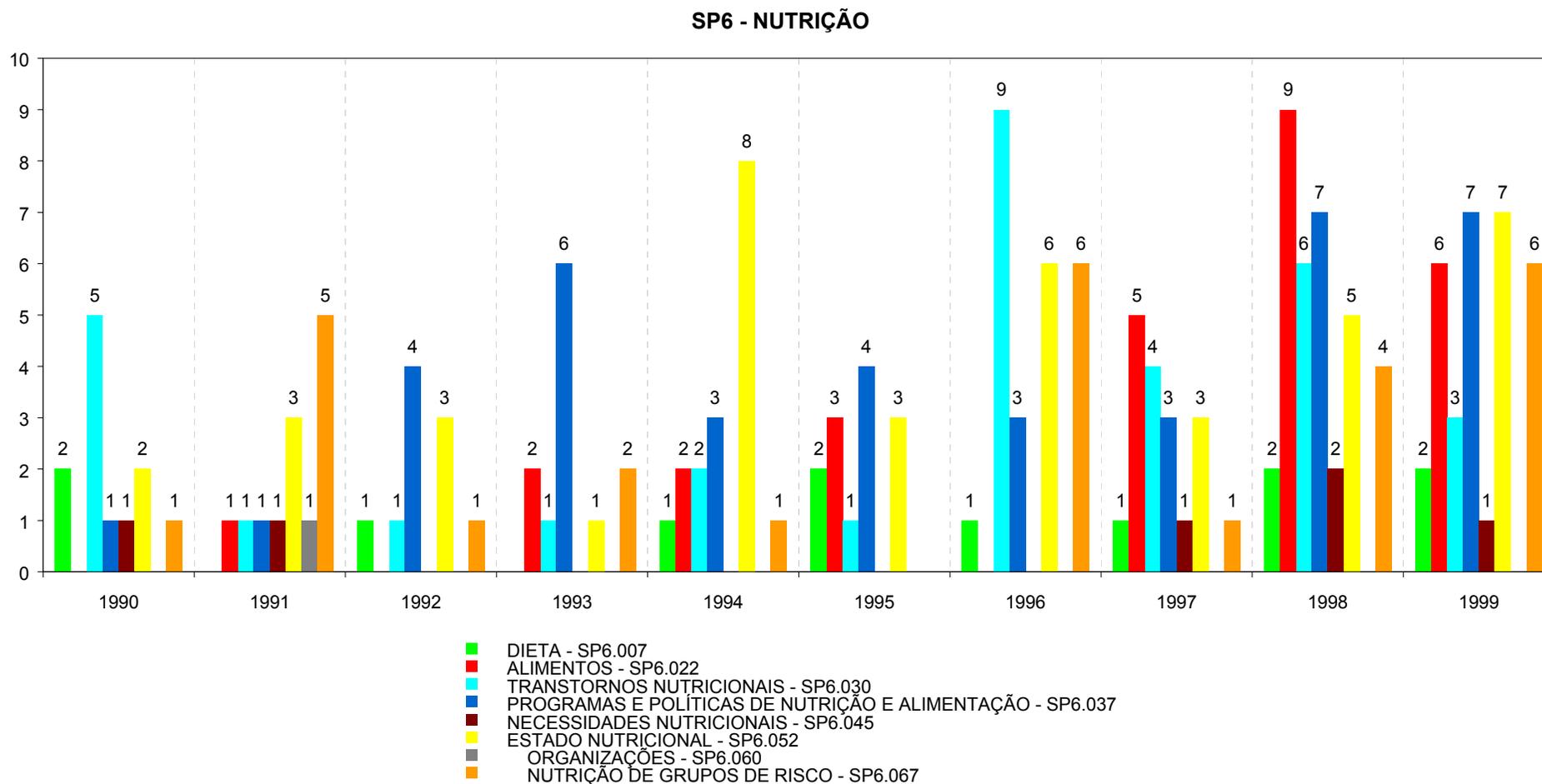
SP6 - NUTRIÇÃO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
Nutrição - SP6.000.000	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	2
DIETA - SP6.007	2	-	1	-	1	2	1	1	2	2	12
Dieta - SP6.007.000	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Dietética - SP6.007.040	2	-	1	-	-	1	1	1	2	2	10
ALIMENTOS - SP6.022	-	1	-	2	2	3	-	5	9	6	28
Cadeia Alimentar - SP6.022.032	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Alimentos Formulados - SP6.022.051	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Manipulação de Alimentos - SP6.022.054	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Tecnologia de Alimentos - SP6.022.072	-	1	-	2	2	1	-	5	7	5	23
Alimentos Infantis - SP6.022.090	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TRANSTORNOS NUTRICIONAIS - SP6.030	5	1	1	1	2	1	9	4	6	3	33
Transtornos Nutricionais - SP6.030.000	1	-	1	-	-	-	4	1	-	1	8
Doenças Deficitárias - SP6.030.022	4	1	-	1	2	-	2	-	4	-	14
Desidratação - SP6.030.027	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Obesidade - SP6.030.135	-	-	-	-	-	1	3	2	2	2	10
PROGRAMAS E POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO - SP6.037	1	1	4	6	3	4	3	3	7	7	39
Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação - SP6.037.000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Alimentação de Emergência - SP6.037.045	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Política de Alimentos (Saúde Pública) - SP6.037.058	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	6
Educação Nutricional - SP6.037.121	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	6
Programas de Nutrição - SP6.037.126	-	-	1	-	1	-	-	-	2	1	5
Vigilância Nutricional - SP6.037.130	-	-	3	4	2	2	1	3	2	2	19
NECESSIDADES NUTRICIONAIS - SP6.045	1	1	-	-	-	-	-	1	2	1	6
Necessidades Nutricionais - SP6.045.000	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	3

Continua

Continuação

Ingestão de Energia - SP6.045.004	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Carboidratos - SP6.045.009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Lipídios - SP6.045.112	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ESTADO NUTRICIONAL - SP6.052	2	3	3	1	8	3	6	3	5	7	41
Estado Nutricional - SP6.052.000	-	-	-	-	2	-	2	-	1	3	8
Desenvolvimento Infantil - SP6.052.013	2	3	3	1	6	3	4	3	4	4	33
ORGANIZAÇÕES - SP6.060	-	1	-	1							
Organizações - SP6.060.000	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NUTRIÇÃO DE GRUPOS DE RISCO - SP6.067	1	5	1	2	1	-	6	1	4	6	27
Nutrição de Grupos de Risco - SP6.067	-	-	-	-	-	-	2	-	1	2	5
Nutrição Infantil - SP6.067.094	1	5	1	2	1	-	4	1	3	4	22
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	12	13	11	12	17	13	25	18	36	32	189

Gráfico 11 - Produção Científica: Subcategoria SP6- Nutrição: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2.



g) SP7 – Reforma do Estado – Esta subcategoria compreende os processos norteadores à introdução de mudanças significativas em diferentes instâncias do Setor de Saúde, com o propósito de aumentar a equidade de seus benefícios, a eficiência de sua administração, a efetividade de seus serviços.

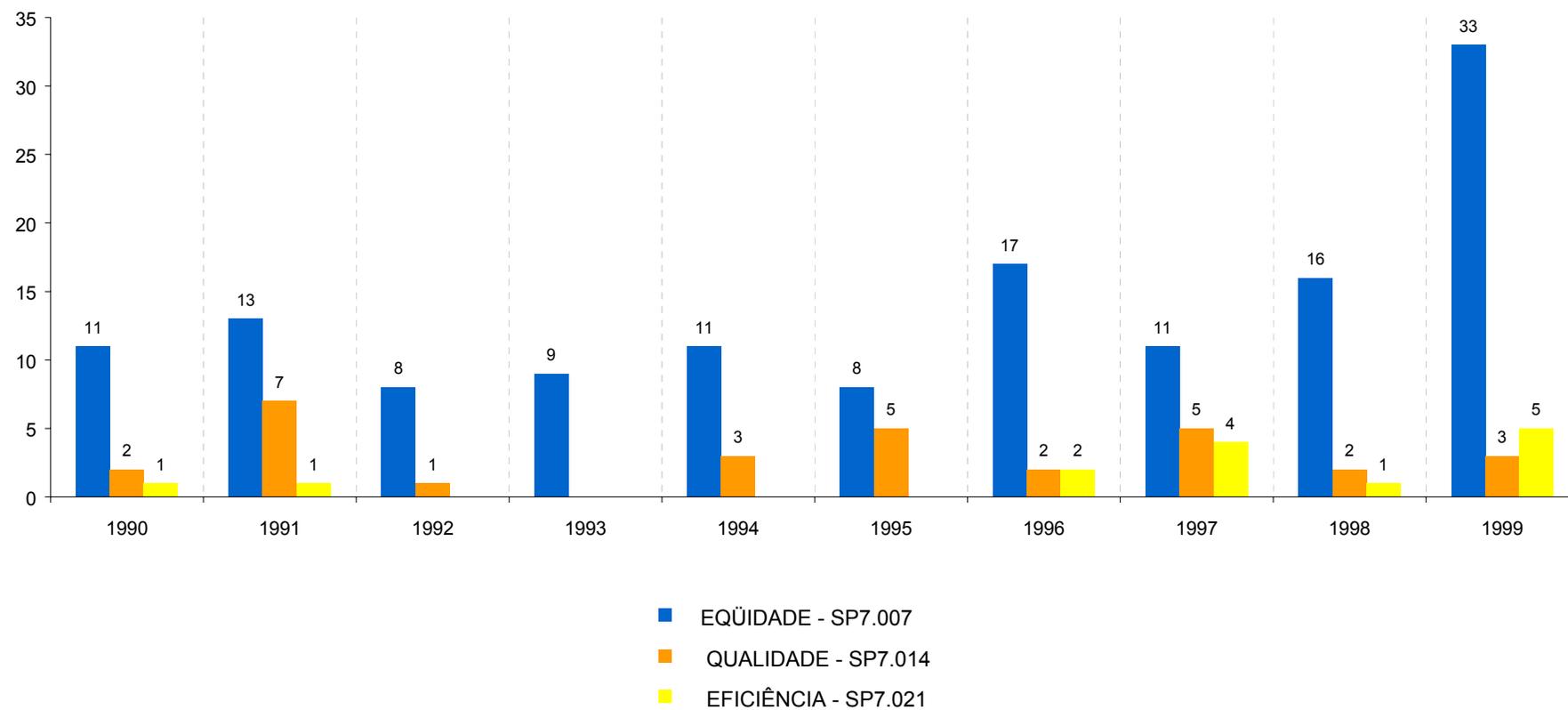
A sétima subcategoria obteve um total de 183 ocorrências, distribuídas em 3 **assuntos**: *Equidade* - 137 freqüências, correspondendo a 74,86% do total; *Qualidade* - 30 ocorrências (16,39%); e *Eficiência* – 14 ocorrências (7,65%). Em *Equidade*, os destaques foram os descritores *Equidade na Distribuição e Uso dos Recursos* (49) e *Equidade no Estado de Saúde* (43), ambos apresentando distribuição irregular na década. Os outros descritores deste **assunto**, *Equidade no Acesso* (26) e *Justiça Social* (19), apresentaram crescimento se comparados ao início da década. O **assunto** *Qualidade* obteve 30 ocorrências (16,39%), com destaque para o descritor *Qualidade Técnica* (23). O **assunto** *Eficiência* foi o de menor índice de ocorrências – 14, onde o descritor *Gestão de Recursos* foi o de maior freqüência (7). (Tab.10) e (Graf. 12)

Tabela 10 – Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE.

SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
Reforma do Setor Saúde - SP7.000.000	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
EQÜIDADE - SP7.007	11	13	8	9	11	8	17	11	16	33	137
Equidade no Estado de Saúde - SP7.007.011	6	5	-	5	4	3	5	1	5	9	43
Equidade no Acesso - SP7.007.033	2	1	1	1	1	-	6	6	2	6	26
Equidade na Distribuição e Uso dos Recursos - SP7.007.044	3	7	5	3	5	2	4	4	6	10	49
Justiça Social - SP7.007.066	-	-	2	-	1	3	2	-	3	8	19
QUALIDADE - SP7.014	2	7	1	-	3	5	2	5	2	3	30
Qualidade Técnica - SP7.014.077	2	4	1	-	2	5	1	4	1	3	23
Qualidade Percebida - SP7.014.088	-	3	-	-	1	-	1	1	1	-	7
EFICIÊNCIA - SP7.021	1	1	-	-	-	-	2	4	1	5	14
Eficiência - SP7.021.000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Dotação de Recursos para Cuidados de Saúde - SP7.021.121	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Gestão de Recursos - SP7.021.143	-	1	-	-	-	-	1	3	-	2	7
Reforma do Estado - SP7.021.154	1	-	-	-	-	-	1	1	-	2	5
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	15	22	9	9	14	13	21		19	41	183

Gráfico 12 - Produção Científica: Subcategoria SP7- Reforma do Setor Saúde: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2

SP7 - REFORMA DO SETOR SAÚDE



h) SP8 – Desastres²³ – A subcategoria Desastres foi criada em 2000 e versa sobre o “*Resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e conseqüentes prejuízos econômicos e sociais*” (<http://decs.bvs.br/>). Apresenta apenas 10 ocorrências no total (0,34%), distribuídas em 2 **assuntos**: *Risco* (8 ocorrências); e *Administração de Desastres* (2 ocorrências).

Vale ressaltar que o instrumento escolhido – **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde** – para a realização da análise temática de ambos os blocos é resultado de trabalho cooperativo de rede composta por países da América Latina e Caribe. Desta forma, alguns conceitos podem apresentar divergências quando comparados em nível nacional (Brasil). Assim como a recente criação da subcategoria *Desastres* demonstra a necessidade da “rede” da utilização de descritores representantes de eventos naturais que não ocorrem no Brasil.

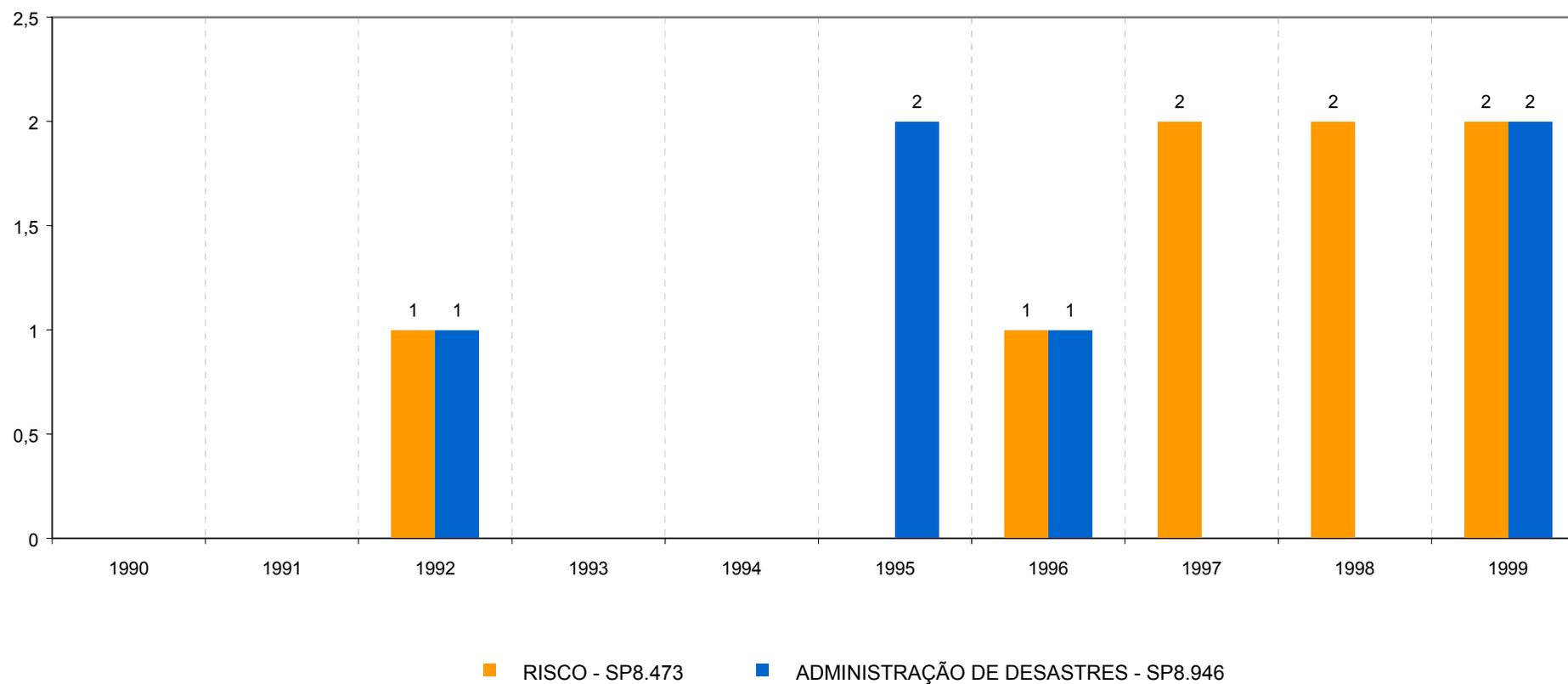
Tabela 11 - Produção Científica: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP8 - DESASTRES.

SP8 - DESASTRES - SP8	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
RISCO - SP8.473	-	-	1	-	-	-	1	2	2	2	8
Medição de Risco - SP8.473.327	-	-	1	-	-	-	1	-	2	1	5
Ameaça - SP8.473.654	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	3
ADMINISTRAÇÃO DE DESASTRES - SP8.946	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
Administração de Desastres - SP8.946.000	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Planejamento em Desastres - SP8.946.702	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	0	0	2	0	0	1	1	2	2	2	10

²³ **Desastres** – O presente estudo teve início em 2000, e a versão do DeCS utilizada foi a mais recente, disponível na Internet. Conforme já mencionado, o DeCS é um Tesouro em constante expansão, não sendo possível o acesso ao vocabulário “original” utilizado quando da indexação nas respectivas bibliotecas de origem. Tanto as 2 incidências em 1991, quanto as demais, podem ser explicadas por duas hipóteses: a) recebimento e indexação na Biblioteca Cooperante alguns anos após a data da defesa; ou b) revisão catalográfica de documento já indexado.

Gráfico 13 - Produção Científica: Subcategoria SP8- Desastres: distribuição temporal dos assuntos ou nível 2

SP8 - DESASTRES



4.2. BLOCO 2: DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme descrito anteriormente, o bloco das Diretrizes do Ministério da Saúde é composto por uma base de dados com 1.151 portarias do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro (Portarias MS/GM), publicadas entre 1990 e 1999 e indexadas dentro da mesma metodologia da base “Produção Acadêmica Teses/Dissertações”.

Na década de 90, nove Ministros ocuparam a cadeira da Saúde, sendo considerado apenas um Ministro interino. Nas substituições por motivos diversos (viagens, por exemplo) foram considerados como autor o Ministro titular da pasta.

A tabela 12 mostra a distribuição das portarias, segundo o ano de publicação no Diário Oficial da União (DOU) – Seção 1. A análise cronológica mostra um grande aumento do número de portarias publicadas no início da década, principalmente em relação aos dois últimos anos: em 1990 foram publicadas 44 portarias e, em 1998 e 1999, foram publicadas 398 e 341 portarias respectivamente. No início da década, em 1991, houve um modesto crescimento de +11,36%, seguido de queda de -34,69% em 1992. De 1993 a 1995 houve crescimento constante, com queda de -59,04% em 1996, e retomado o crescimento em 1997 (+97,06%). Em 1998, verifica-se o maior índice, chegando ao pico de crescimento de +494,0% – 398 portarias publicadas em relação ao ano anterior –, e ligeira queda em 1999 (-14,32%). (Graf.14 Fig.4)

Tabela 12 – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro: segundo o ano de publicação e Percentual de Crescimento.

PORTARIAS MS/GM – 1990-1999	TOTAL	% CRESC.
1990	44	0
1991	49	11,36
1992	32	-34,69
1993	48	50,0
1994	55	14,58
1995	83	50,91
1996	34	-59,04
1997	67	97,06
1998	398	494,0
1999	341	-14,32
TOTAL	1151	100

Gráfico 14 – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro segundo o ano de publicação

PORTARIAS DO MS/GM 1990-1999

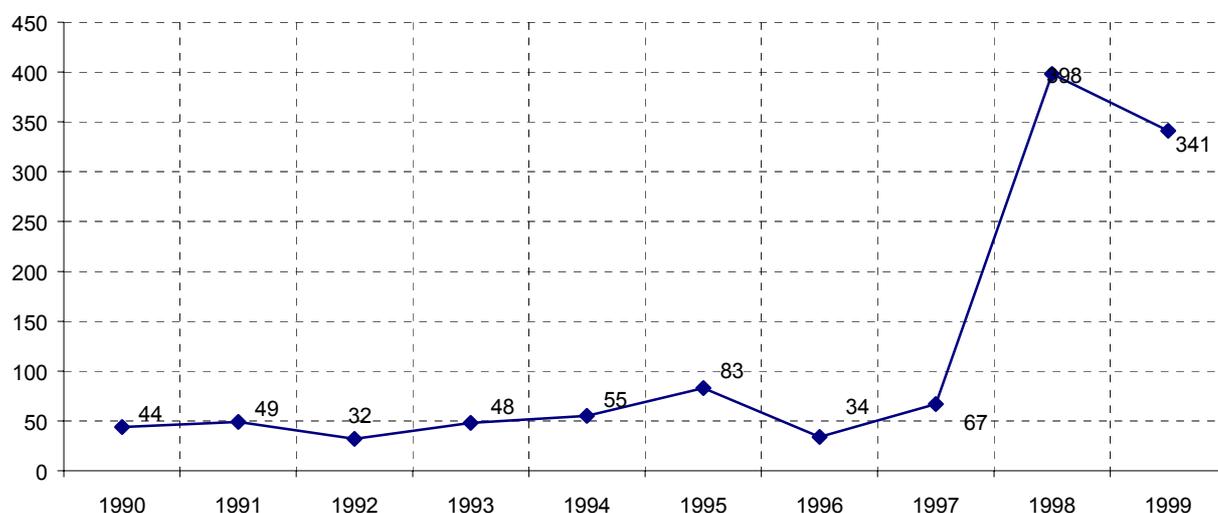
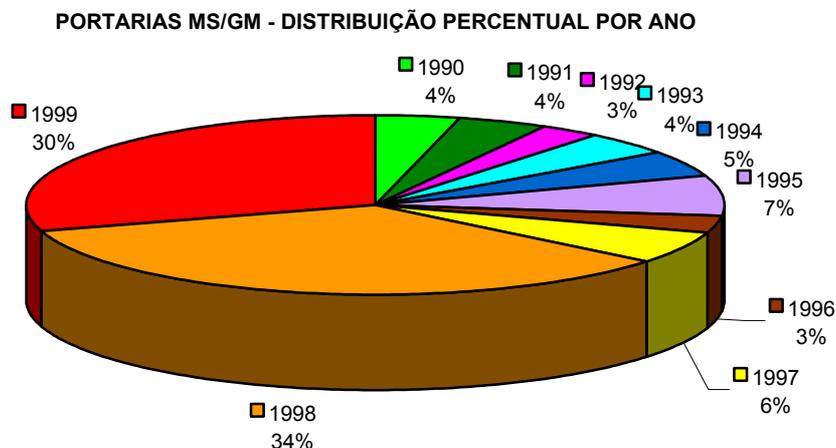


Figura 4 – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro: distribuição percentual/ano.



A distribuição cronológica das portarias, segundo a autoria, ou seja, Exmo. Srs. Ministros da Saúde (tab. 13 e graf. 15) mostra, inicialmente, que o ano de menor número de publicações, 32 portarias em 1992, foi ocupado por 3 Ministros: Alceni Guerra, José Goldemberg e Adib Domingos Jatene. Em 1996, segundo ano na escala crescente com 34 portarias, também foi ocupado pelo Ministro Adib Jatene, que praticamente dobra o número de

publicações em 1997. Em 1998 e 1999, com a entrada do Ministro José Serra, pode-se observar as maiores concentrações de portarias em seu Gabinete – 346 em 1998, e 341 em 1999, somando os dois anos 59,69% do total de portarias da década. (Fig. 5)

Com relação a quantidade de portarias, foi observado que cada Ministro (ou seja, seu *staff*) possui um “estilo” de redação/gestão próprio. Uns concentraram várias ações e determinações em uma única portaria, enquanto outros publicavam isoladamente uma portaria para cada ação, mesmo as de caráter similar (ex.: no mesmo dia foi publicada 1 portaria para *Campanha contra a Tuberculose* e outra portaria para *Campanha contra a Hanseníase*). Outra hipótese para a variação do número de portarias de cada gestão, seria a delegação de poderes às Secretarias do Ministério da Saúde, ou seja, no exemplo da Vigilância Sanitária, a baixa frequência nos anos de 1992 e 1996 (apenas 1 ocorrência em cada ano), ambos na gestão do Ministro Adib Jatene, pode ser justificada pela delegação da publicação das portarias à Secretaria de Vigilância Sanitária (a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada em 1999).

Da mesma forma, o aumento substancial do número de portarias do Gabinete do Ministro, observado a partir de 1998, data do início da gestão do Ministro José Serra, pode ser justificado a partir da centralização, ou a não delegação, das ações, publicadas nas portarias, principalmente nas áreas de *Administração e Planejamento em Saúde e Reforma do Setor Saúde*.

Tabela 13 – Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro: distribuição Ministros da Saúde/ano

MINISTROS DA SAÚDE – PERÍODOS	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	TOTAL
SEIGO TSUZUKI – 16/01/89 a 15/03/90	3										3
ALCENI GUERRA – 15-03-90 a 23/01/92	41	49	9								99
JOSÉ GOLDEMBERG (interino) – 24/01/92 a 13/02/92			4								4
ADIB D. JATENI – 12/02/92 a 04/10/92			19								19
JAMIL HADDAD – 08/10/92 a 19/08/93				31							31
HENRIQUE SANTILLO – 30/08/93 a 01/01/95				17	55						72
ADIB D. JATENI – 01/01/95 a 07/11/96						83	34				117
CARLOS CESAR ALBUQUERQUE – 13/12/96 a 31/03/98								67	52		119
JOSÉ SERRA – 31/03/98 a 21/02/02									346	341	687
Total de Portarias Publicadas	44	49	32	48	55	83	34	67	398	341	1151

Figura 5 – Portarias do MS/Gabinete do Ministro: distribuição Percentual – Ministros da Saúde

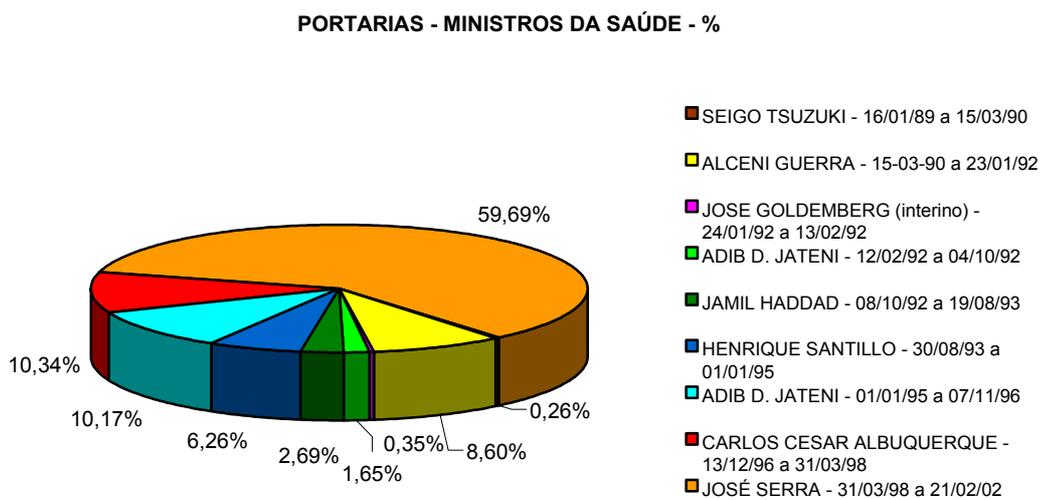
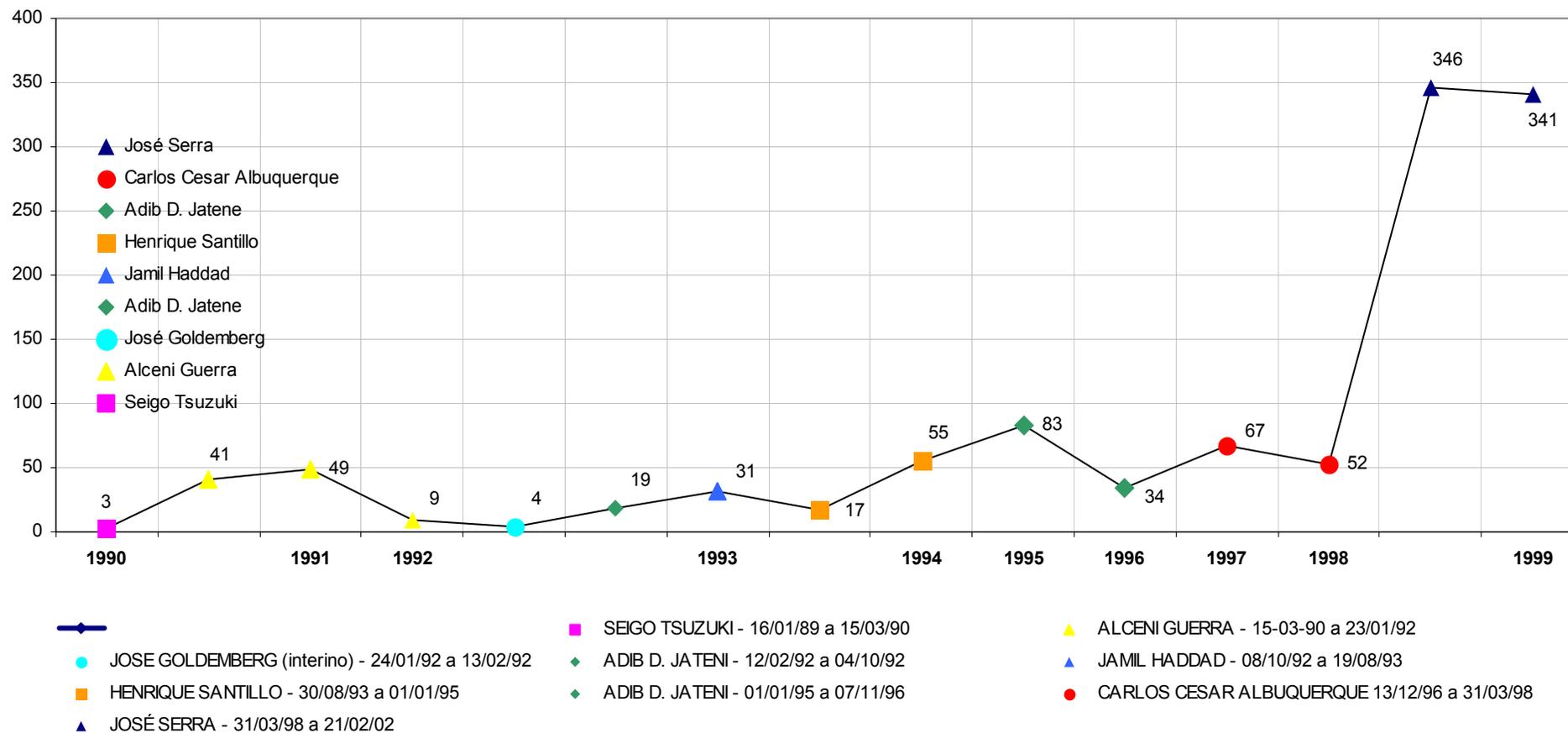


Gráfico 15 – Portarias Ministério da Saúde/GM segundo distribuição por autoria: Ministros da Saúde/Ano.

Portarias Publicadas - Ministros da Saúde/Ano



4.2.1 – ANÁLISE TEMÁTICA DAS PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – GABINETE DO MINISTRO

O processo de indexação das portarias do Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro, também foi realizado com um ou mais descritores. Portanto, ressalta-se novamente que a partir deste ponto, os totais são referentes ao número de **ocorrências** nos diversos níveis hierárquicos e não ao total de registros da base de dados.

A tabela 14 mostra a incidência dos descritores nas portarias relacionados a cada subcategoria de SP – Saúde Pública. O maior número de ocorrências está na subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde, com 1.183 ocorrências, equivalendo a 51,86% do total. Em seguida prevalece a subcategoria SP5 – Reforma do Setor Saúde, com 504 ocorrências (22,10%), seguido de SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde, com 421 ocorrências (18,46%). (Fig. 6 e Graf. 16)

Tabela 14 – Portarias MS/GM – Categoria SP – Saúde Pública: distribuição temporal por subcategoria/percentual.

SP – SAÚDE PÚBLICA – PORTARIAS MS/GM	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	TOTAL
SP1 – ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	38	52	43	83	64	95	32	77	388	311	1183
SP2- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	19	15	14	16	24	12	10	20	213	78	421
SP3 – DEMOGRAFIA	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3
SP4 – SAÚDE AMBIENTAL	5	2	5	5	5	7	3	5	7	12	56
SP5 – EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	-	1	1	-	1	-	3	3	2	4	15
SP6 – NUTRIÇÃO	5	-	-	2	5	-	-	3	36	47	98
SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE	18	18	17	19	17	5	15	31	163	201	504
SP8 – DESASTRES	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL DE PORTARIAS	86	88	80	125	117	119	63	141	809	653	2281

Na distribuição temporal das ocorrências nas subcategorias (tab.15), observa-se que a subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde, com 1.183 ocorrências no total, apresentou maior incidência em 1998 – 388 ocorrências (47,96% do total no ano) – e menor incidência em 1996, com 32 ocorrências. A segunda subcategoria SP7- Reforma do Setor Saúde, apresentou maior incidência em 1999 – 201 ocorrências – e menor

incidência em 1995 – 5 ocorrências – representando 4,20% do total no ano. A subcategoria SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde, apresentou maior incidência em 1998, com 213 ocorrências, e menor incidência em 1996 – 10 ocorrências (Graf. 16). Cada subcategoria será detalhada a seguir.

Figura 6 – Portarias MS/GM: SP – Saúde Pública: distribuição por subcategoria/percentual.

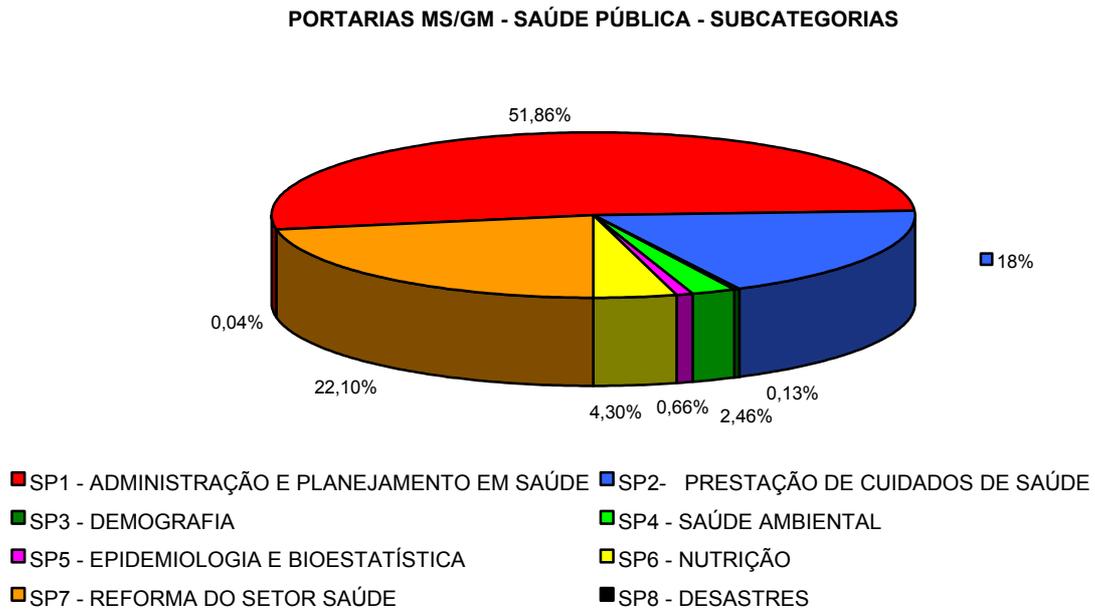
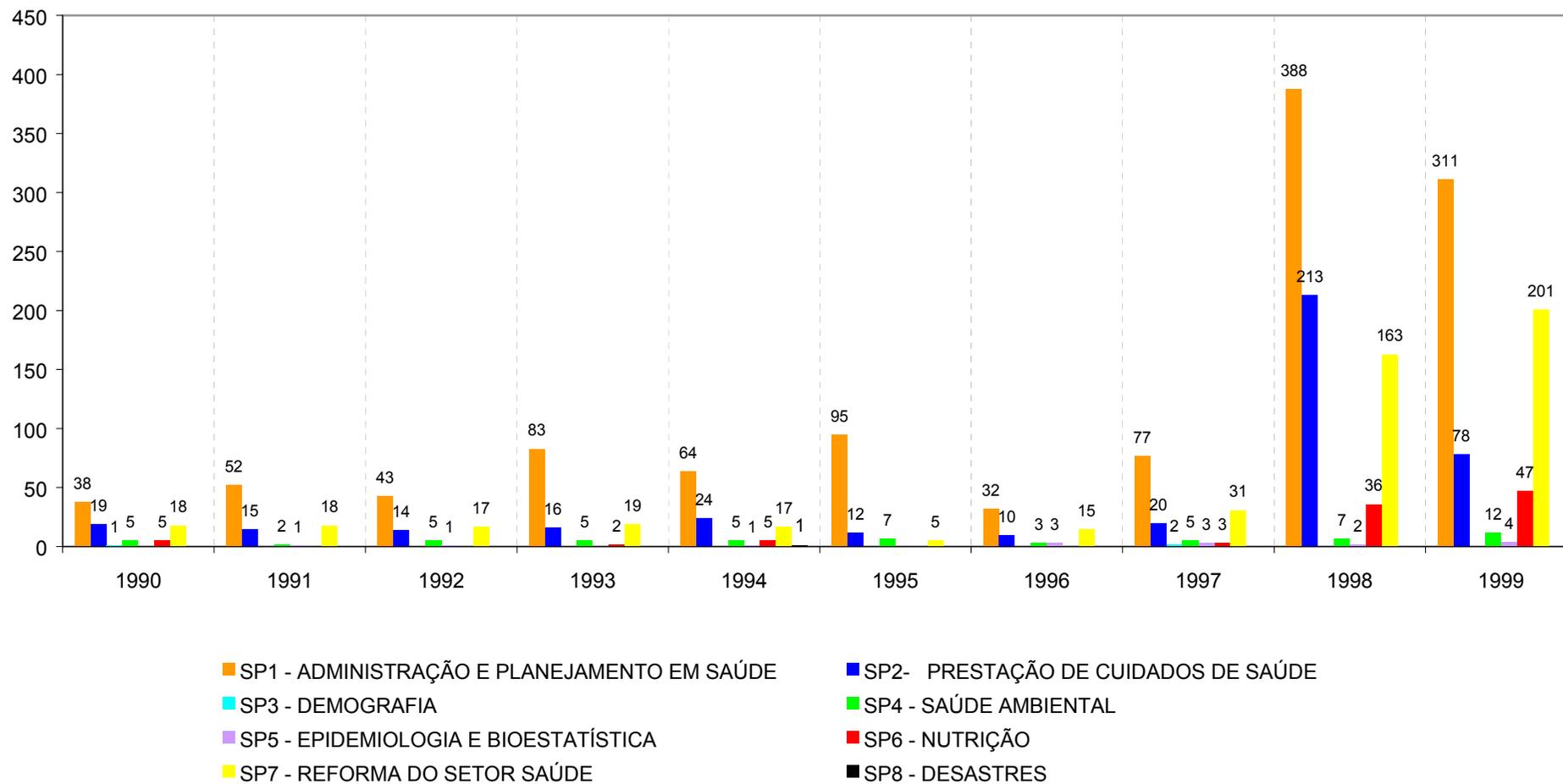


Gráfico 16 – Portarias MS/GM: SP – Saúde Pública: distribuição temporal por subcategoria.

PORTARIAS DO MS/GM



As subcategorias SP – Saúde Pública, do DeCS, serão detalhadas, a seguir, destacando-se os aspectos quantitativos, subdivididos por ano de publicação e indexados até o terceiro nível hierárquico (Tabelas 15 a 22 e Gráficos 17 a 24).

a) SP1 – A área da “Administração e Planejamento em Saúde”. Inclui 1183 ocorrências, equivalendo a 51,86% do total. O **assunto** *Gerência* foi o mais desenvolvido – 487 ocorrências – representando 41,17% do total desta subcategoria, com destaque para o descritor *Administração Financeira*, que manteve freqüência dispersa no período: freqüência baixa entre 1990 e 1994 (de 6 a 11 ocorrências), crescendo em 1995 (63 ocorrências); queda brusca em 1996 (somente 2 ocorrências); leve crescimento em 1997 (23 ocorrências), ápice em 1998 (141 ocorrências); e nova queda em 1999 (61 ocorrências). O segundo descritor, com maior incidência neste **assunto**, foi *Economia*, tendo 89 das 102 ocorrências em 1999.

Em seguida, está o **assunto** *Planejamento* – 246 ocorrências (20,79%), com destaque para o descritor *Planejamento em Saúde* mantendo a concentração de ocorrências nos anos de 1998 (192) e 1999 (61). Em seqüência decrescente estão os **assuntos** *Organização e Administração*, com 165 ocorrências (13,95%) e *Organizações*, com 157 ocorrências (13,27%). Dentro do **assunto** *Organização e Administração*, os descritores *Técnicas de Administração* e *Comissões* mantém certo equilíbrio na freqüência de ocorrências durante o período. Dentre os outros **assuntos**, cabe ainda citar: *Organização e Políticas Governamentais com* 62 ocorrências (5,24%), e *Vigilância Sanitária*, com 52 ocorrências (4,40%). (Graf. 17)

Tabela 15 – Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde.

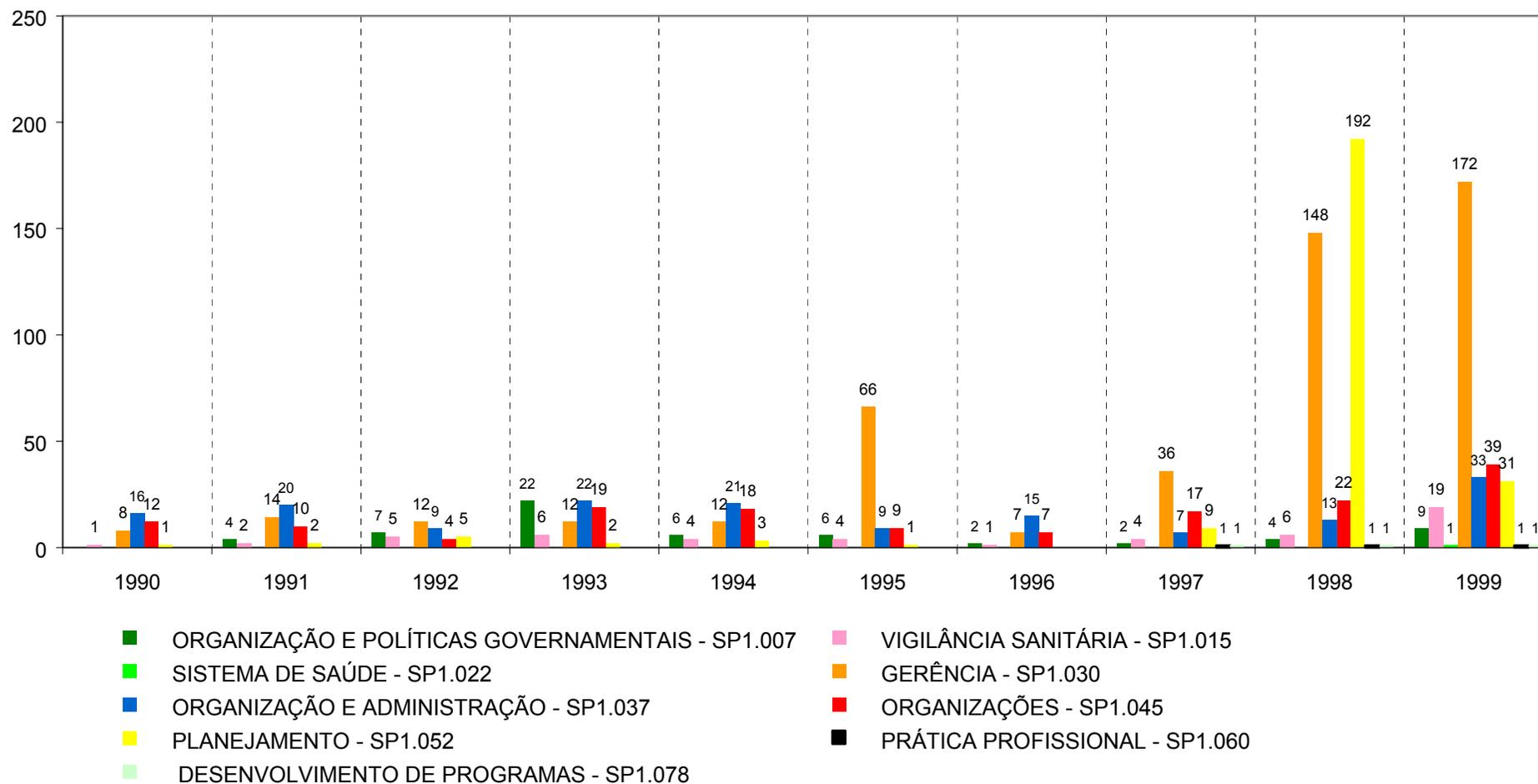
SP1 – ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
Administração e Planejamento em Saúde – SP1.000.000	-	-	1	-	-	-	-	-	1	5	7
ORGANIZAÇÃO E POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS – SP1.007	-	4	7	22	6	6	2	2	4	9	62
Organizações e Políticas Governamentais – SP1.007.000	-	2	4	11	3	3	1	1	2	5	32
Direitos Humanos – SP1.007.117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Políticas de Controle Social – SP1.007.211	-	1	-	-	-	-	-	1	-	3	5
Controles Formais da Sociedade – SP1.007.274	-	1	3	11	3	1	1	-	2	-	22
Controle da Tecnologia – SP1.007.306	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SP1.015	1	2	5	6	4	4	1	4	6	19	52
Vigilância Sanitária – SP1.015.000	1	2	1	5	6	4	1	4	6	19	49
SISTEMA DE SAÚDE – SP1.022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

Continua

Continuação												
Sistemas Locais de Saúde – SP1.022.403	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
GERÊNCIA – SP1.030	8	14	12	12	12	66	7	36	148	172	487	
Economia – SP1.030.058	1	2	-	1	-	3	-	2	4	89	102	
Administração Financeira – SP1.030.076	6	11	8	7	6	63	2	23	141	61	328	
Administração de Pessoal – SP1.030.202	-	-	-	-	3	-	-	1	-	1	5	
Administração Pública – SP1.030.234	1	-	4	2	2	-	2	2	1	3	17	
Administração em Saúde Pública – SP1.030.238	-	1	-	2	1	-	3	8	2	18	35	
ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO – SP1.037	16	20	9	22	21	9	15	7	13	33	165	
Organização e Administração – SP1.037.000	-	1	-	4	-	1	-	-	2	-	8	
Técnicas de Administração – SP1.037.009	5	2	-	6	7	2	1	5	5	18	51	
Adequação de Programas – SP1.037.013	2	-	-	1	3	-	-	-	1	7	14	
Comissões – SP1.037.031	1	7	6	9	5	2	5	2	5	8	50	
Constituição e Estatutos – SP1.037.040	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	
Tomada de Decisões (Administração) – SP1.037.054	7	10	-	2	6	4	9	-	-	-	38	
Equipes de administração – SP1.037.121	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Estrutura dos Serviços – SP1.037.270	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	
ORGANIZAÇÕES – SP1.045	12	10	4	19	18	9	7	17	22	39	157	
Congressos – SP1.045.036	-	1	2	7	1	2	1	-	-	1	15	
Órgãos Governamentais – SP1.045.090	12	9	2	11	14	7	6	15	22	38	136	
Organizações de Planejamento em Saúde – SP1.045.103	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	
Agências internacionais – SP1.045.130	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	
Organizações Sem Fins Lucrativos – SP1.045.189	-	-	-	1	2	-	-	1	-	-	4	
PLANEJAMENTO – SP1.052	1	2	5	2	3	1	-	9	192	61	276	
Planejamento em Saúde – SP1.052.099	1	1	5	2	3	1	-	9	192	61	275	
Formulação de Projetos – SP1.052.230	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
PRÁTICA PROFISSIONAL – SP1.060	-	1	1	1	3							
Prática Profissional – SP1.060.000	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	
DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS – SP1.078	-	1	1	1	3							
Desenvolvimento de Programas – SP1.078	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	38	52	43	83	64	95	32	77	388	311	1183	

Gráfico 17 – Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP1 – Administração e Planejamento Em Saúde.

**PORTARIAS MS/GM
SP1 - ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE**



b) SP2 – Prestação de Cuidados de Saúde – A área da prestação dos cuidados de saúde, mantendo-se na terceira posição em frequência no decorrer da década, representada na tabela 16, apresenta o **assunto Saúde** como o de maior frequência no período – 246 ocorrências (58,43%), com destaque para o descritor *Saúde da Família*, que após obter somente 1 ocorrência em 1993 e 2 ocorrências em 1997, cresce bruscamente para 156 ocorrências em 1998, seguido de queda para 34 ocorrências em 1999. O segundo **assunto** com maior número de ocorrências foi *Administração dos Cuidados ao Paciente*, com 52 indexações (12,35)%, onde o descritor *Cuidados Integrals de Saúde* mantém a maior parte das ocorrências nos anos de 1998 e 1999 (15 e 14 respectivamente) e o descritor *Qualidade dos Cuidados de Saúde* apresenta 11 ocorrências, distribuídas entre 1994 e 1998. O **assunto Administração de Serviços de Saúde** apresentou apenas um descritor: *Administração Hospitalar*, com 36 ocorrências distribuídas de forma irregular na década (maior incidência em 1998 – 12 ocorrências). Os outros **assuntos** que obtiveram indexações foram: *Serviços de Saúde* – 34 ocorrências (8,08%); *Recursos em Saúde* – 23 ocorrências (5,46%); *Prática de Saúde Pública* – 21 ocorrências (4,99%); *Pessoal de Saúde* – 8 ocorrências (1,9%); e *Previdência Social* – 1 ocorrência (0,24%). (Graf. 18)

Tabela 16 – Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP2 – Prestação de cuidados de Saúde.

SP2- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
SAÚDE – SP2.002	8	4	4	6	6	-	2	3	170	43	246
Saúde do Idoso – SP2.002.088	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	6
Saúde Infantil (Saúde Pública) – SP2.002.119	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Saúde da Família – SP2.002.212	-	-	-	-	1	-	-	2	156	34	193
Saúde Materno-Infantil – SP2.002.274	-	-	1	2	-	-	-	1	10	4	18
Saúde Mental – SP2.002.305	7	3	1	-	2	-	-	-	-	-	13
Saúde Ocupacional – SP2.002.326	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	4
Saúde Bucal – SP2.002.367	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	5
Saúde da Mulher – SP2.002.489	-	-	-	-	1	-	2	-	2	-	5
RECURSOS EM SAÚDE – SP2.007	3	2	1	4	4	1	-	-	4	4	23
Recursos em Saúde – SP2.007.000	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	5
Instituições de Saúde – SP2.015.072	1	1	1	2	4	-	-	-	4	4	17
Manutenção – SP2.015.112	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
PESSOAL DE SAÚDE – SP2.009	1	-	2	2	-	-	-	2	1	-	8
Pessoal de Saúde – SP2.009.000	1	-	2	2	-	-	-	2	1	-	8
SERVIÇOS DE SAÚDE – SP2.022	-	-	3	2	4	1	4	2	9	9	34
Serviços de Saúde a Adolescentes – SP2.022.007	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	3
Serviços de Saúde Comunitária – SP2.022.018	-	-	2	1	2	-	2	2	3	1	13
Serviços Médicos de Emergência – SP2.022.054	-	-	-	-	2	1	-	-	3	2	8
Serviços de Saúde Mental – SP2.022.139	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Assistência ao Paciente – SP2.022.171	-	-	-	1	-	-	-	-	3	4	8

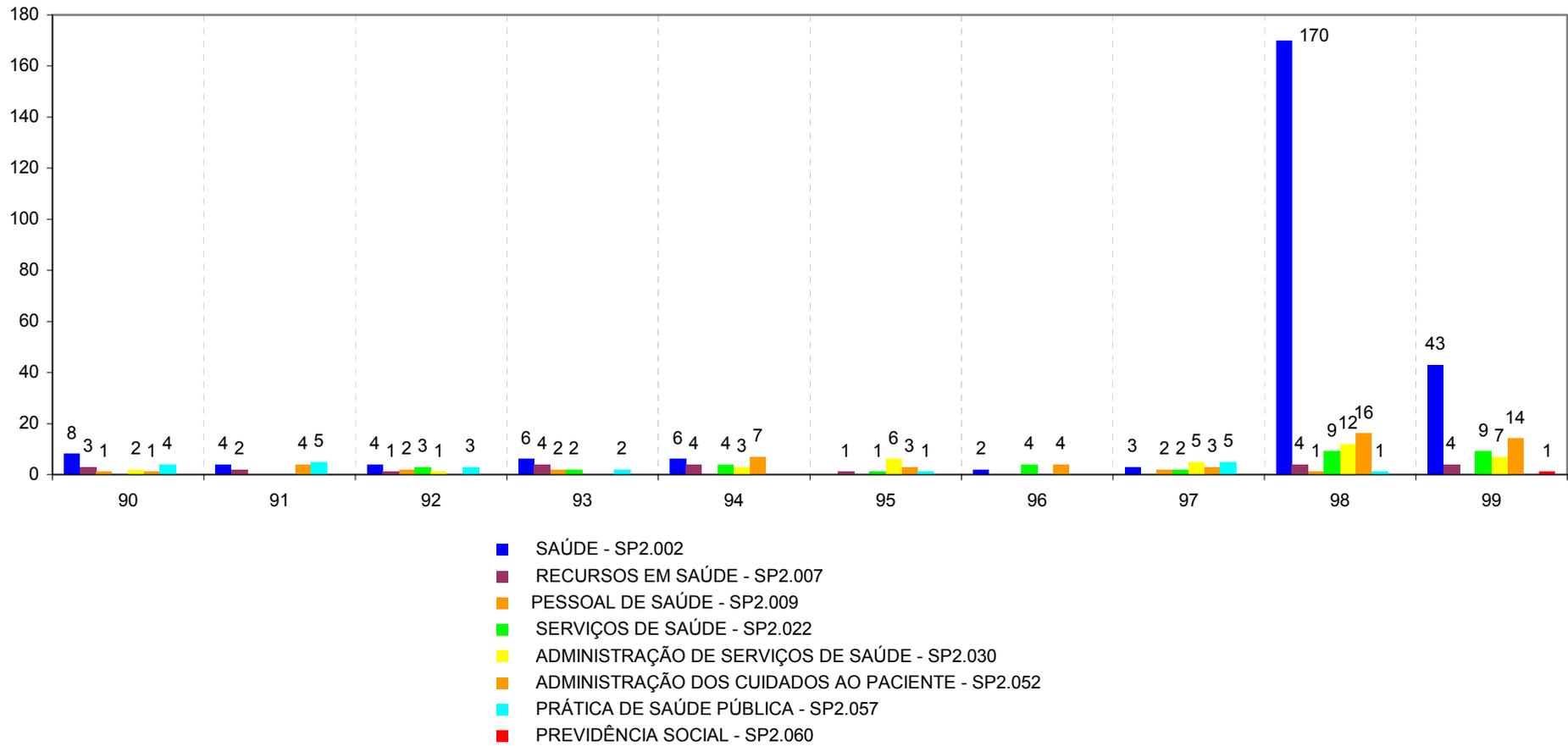
Continua

Continuação

ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – SP2.030	2	-	1	-	3	6	-	5	12	7	36
Administração Hospitalar – SP2.030.103	2	-	1	-	3	6	-	5	12	7	36
ADMINISTRAÇÃO DOS CUIDADOS AO PACIENTE – SP2.052	1	4	-	-	7	3	4	3	16	14	52
Cuidados Integrals de Saúde – SP2.052.022	1	4	-	-	4	1	-	2	15	14	41
Qualidade dos Cuidados de Saúde – SP2.052.202	-	-	-	-	3	2	4	1	1	-	11
PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA – SP2.057	4	5	3	2	-	1	-	5	1	-	21
Controle de Doenças Transmissíveis – SP2.057.171	4	5	3	2	-	1	-	5	1	-	21
PREVIDÊNCIA SOCIAL – SP2.060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Financiamento da Previdência Social – SP2.060.063	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	19	15	14	16	24	12	10	20	213	78	421

Gráfico 18– Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP2– Prestação dos Cuidados de Saúde.

**PORTARIAS MS/GM
SP2 - PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**



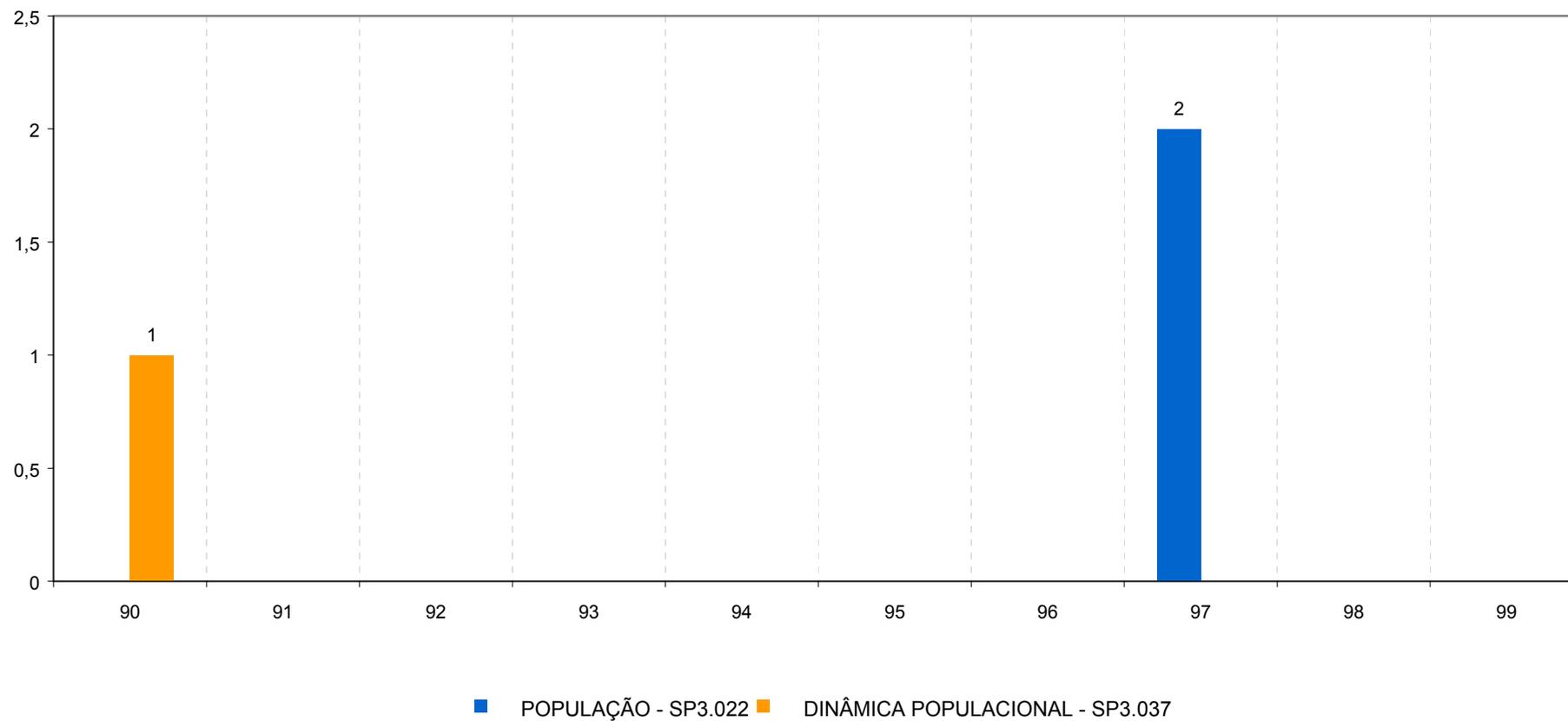
c) SP3 – Demografia – Esta subcategoria obteve somente 3 ocorrências na década: 2 ocorrências em 1997, no **assunto** *População* – descritor: *Características da População*; e, 1 ocorrência em 1991, no **assunto** *Dinâmica Populacional* – descritor *Esperança de Vida*. (Tab.17 e Graf. 19)

Tabela 17- Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP3 – Demografia.

SP3 – DEMOGRAFIA	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
POPULAÇÃO – SP3.022	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Características da População – SP3.022.036	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
DINÂMICA POPULACIONAL – SP3.037	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Esperança de Vida – SP3.037.027	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3

Gráfico 19 – Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP3 – Demografia.

PORTARIAS MS/GM
SP3 - DEMOGRAFIA

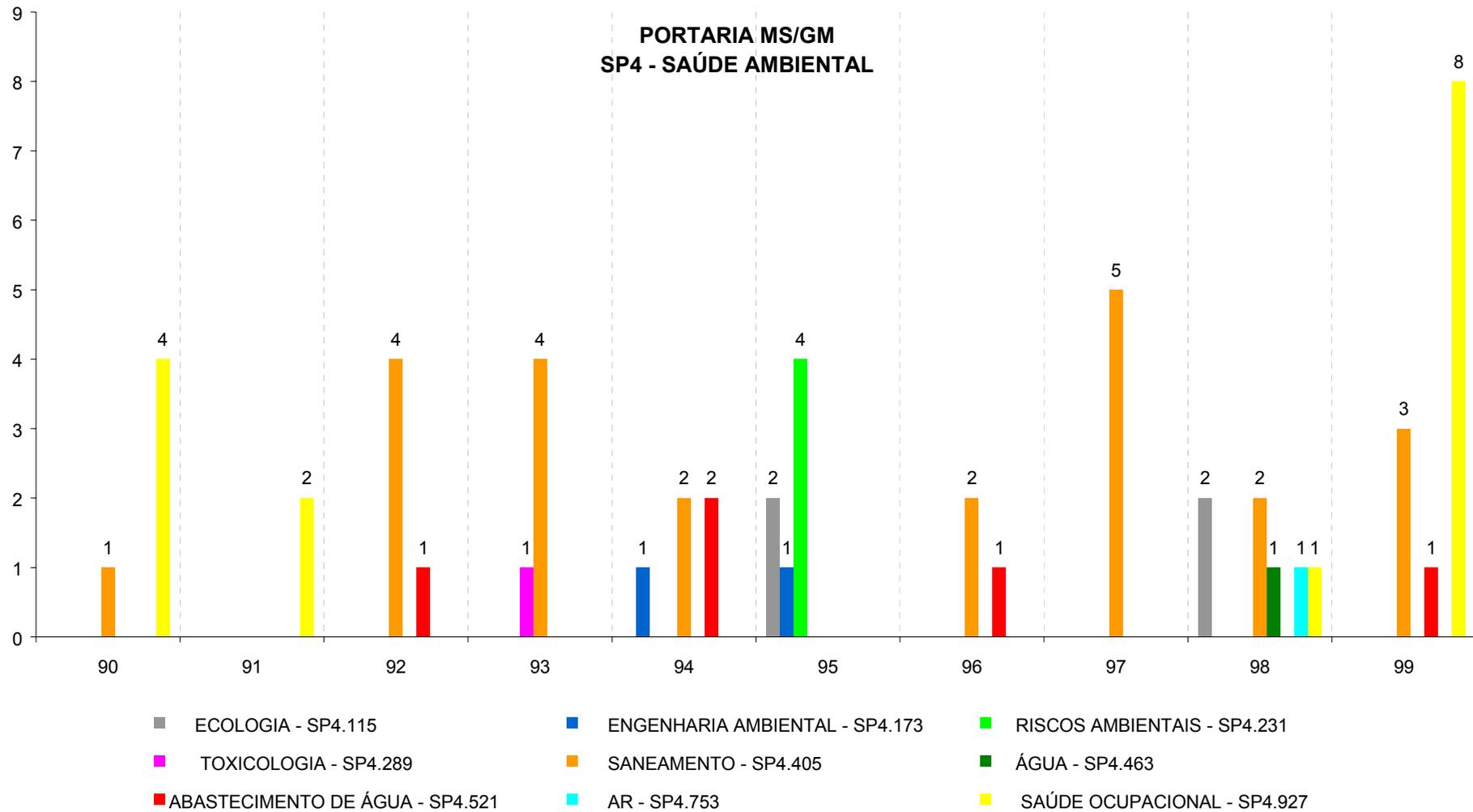


d) SP4 – Saúde Ambiental – Com 56 ocorrências no total da década, esta subcategoria, de modo geral, apresenta distribuição muito dispersa no período. A tabela 18 mostra o **assunto Saneamento** como o de maior incidência – 23 ocorrências (41,07%), sendo o descritor *Empresas de Saneamento* (17 ocorrências) o único que apresenta incidência em mais de 3 anos – apenas em 1991 e 1995 não houve ocorrências. Em seguida está o **assunto Saúde Ocupacional**, com 15 ocorrências (26,79%) na década, sendo 9 ocorrências do descritor *Medicina Ocupacional* (4 em 1990, 2 em 1991 e 3 em 1999); e 6 ocorrências do descritor *Saúde Ocupacional* (1 em 1998 e 5 em 1999). Os outros **assuntos** identificados foram: *Abastecimento de Água* (5 ocorrências); *Ecologia* e *Riscos Ambientais* (ambos com 4 ocorrências); *Engenharia Ambiental* (2 ocorrências); *Toxicologia*; *Água*; e *Ar* (todos com 1 ocorrência). (Graf.20)

Tabela 18 Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP4- Saúde Ambiental.

SP4 – SAÚDE AMBIENTAL	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
ECOLOGIA – SP4.115	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	4
Meio Ambiente – SP4.115.095	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Ecossistema – SP4.115.146	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
ENGENHARIA AMBIENTAL – SP4.173	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Poluição Ambiental – SP4.173.185	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Economia Ambiental – SP4.173.191	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
RISCOS AMBIENTAIS – SP4.231	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4
Riscos Ambientais – SP4.231.000	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
Pesquisa – SP4.231.212	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
TOXICOLOGIA – SP4.289	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Toxicologia – SP4.289.000	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SANEAMENTO – SP4.405	1	-	4	4	2	-	2	5	2	3	23
Empresas de Saneamento – SP4.405.353	1	-	4	2	2	-	2	2	1	3	17
Saneamento Básico – SP4.405.359	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	4
Saneamento de Portos – SP4.405.389	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
ÁGUA – SP4.463	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Qualidade da Água – SP4.463.491	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
ABASTECIMENTO DE ÁGUA – SP4.521	-	-	1	-	2	-	1	-	-	1	5
Tratamento da Água – SP4.521.569	-	-	1	-	2	-	1	-	-	1	5
AR – SP4.753	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Qualidade do Ar – SP4.753.701	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
SAÚDE OCUPACIONAL – SP4.927	4	2	-	-	-	-	-	-	1	8	15
Saúde Ocupacional – SP4.927.000	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	6
Medicina Ocupacional – SP4.927.881	4	2	-	-	-	-	-	-	-	3	9
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	5	2	5	5	5	7	3	5	7	12	56

Gráfico 20 -- Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP4 – Saúde Ambiental.

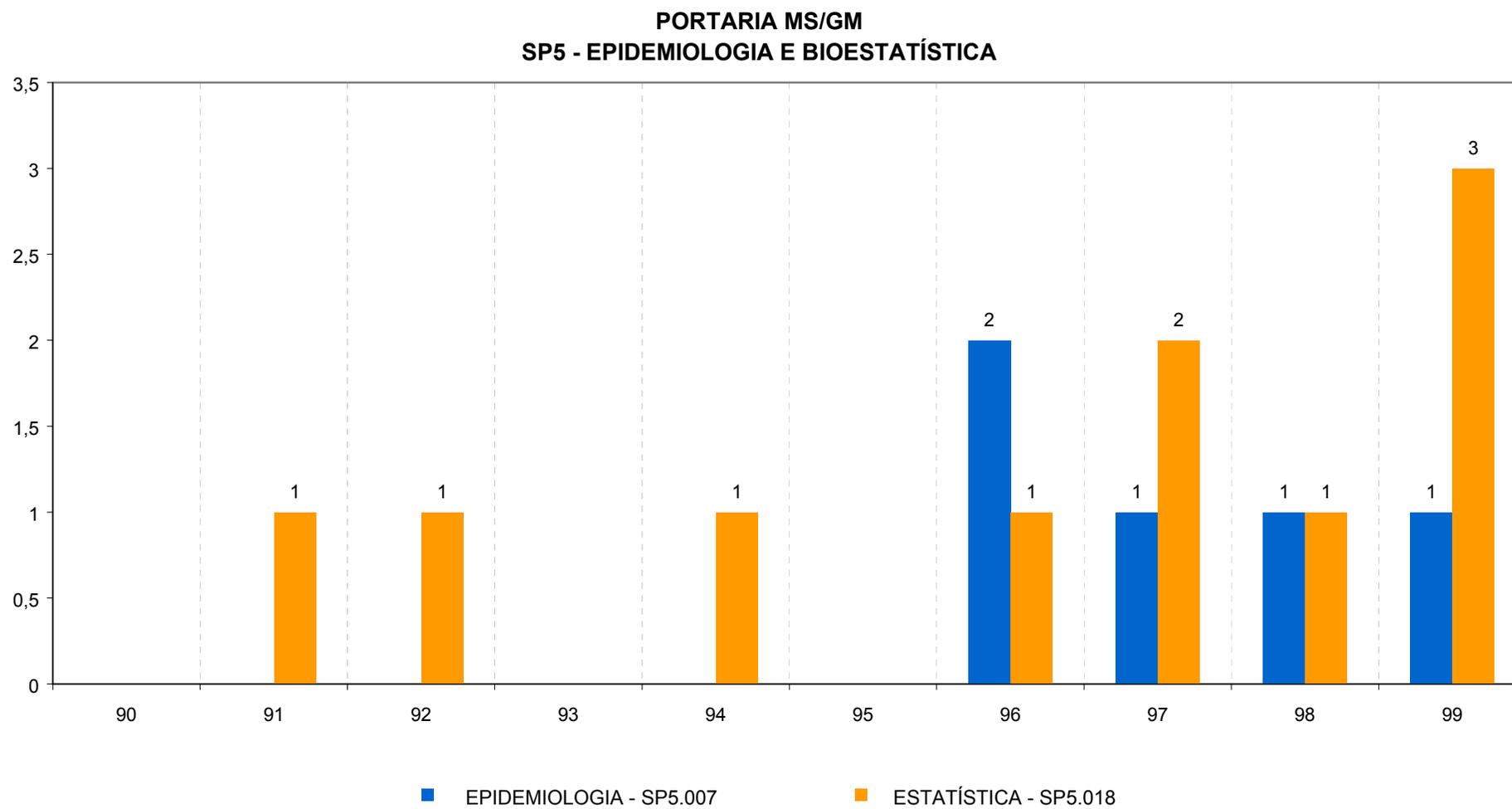


e) SP5 – Epidemiologia e Bioestatística – A tabela 14 mostra que esta subcategoria obteve 15 ocorrências na década: 10 ocorrências no **assunto Estatística**, distribuídas na década – descritor: *Bioestatística (Saúde Pública)*; e, 5 ocorrências, entre 1996 e 1999, no **assunto** Epidemiologia (Graf. 21).

Tabela 19 Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP5 – Epidemiologia e Bioestatística.

SP5 – EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
EPIDEMIOLOGIA – SP5.007	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	5
Epidemiologia – SP5.007.097	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	5
ESTATÍSTICA – SP5.018	-	1	1	-	1	-	1	2	1	3	10
Bioestatística (Saúde Pública) – SP5.018.120	-	1	1	-	1	-	1	2	1	3	10
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	0	1	1	0	1	0	3	3	2	4	15

Gráfico 21 -- Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP5 – Epidemiologia e Bioestatística.

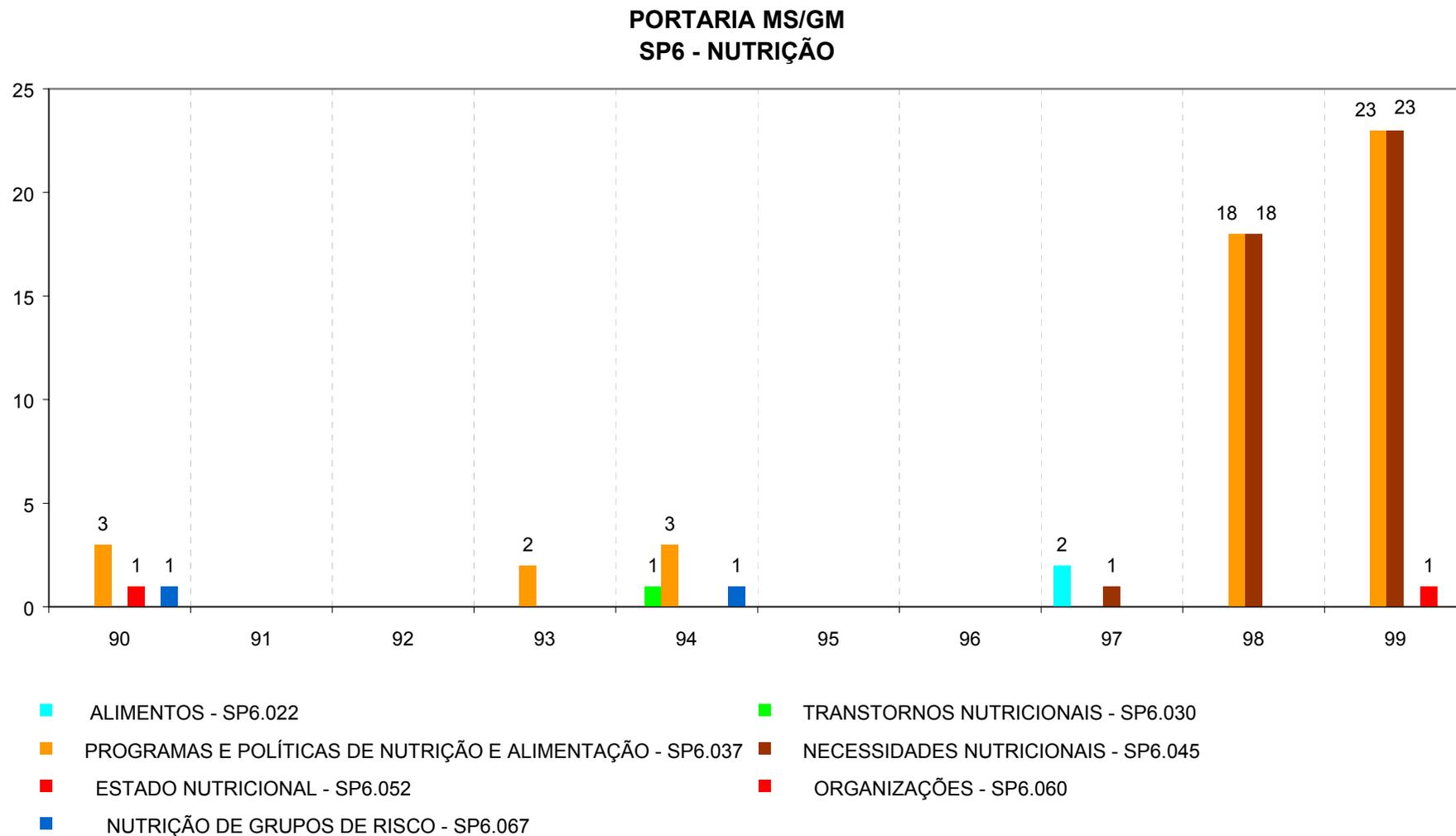


f) SP6 – Nutrição – A tabela 20 mostra que o **assunto** de maior incidência desta subcategoria foi *Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação*, com 49 ocorrências representando 50,0% do total, sendo 48 ocorrências do descritor *Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação*, assim distribuídos: 2 ocorrências em 1990 e 1993, 3 ocorrências em 1994, 18 ocorrências em 1998 e 23 ocorrências em 1999. O outro **assunto** representativo foi *Necessidades Nutricionais* (42,86%), com um único descritor – *Necessidades Nutricionais* – com 42 ocorrências, sendo 1 ocorrência em 1997, 18 ocorrências em 1996 e 23 ocorrências em 1999. Os outros **assuntos** foram: *Nutrição de Grupos de Risco e Alimentos*, ambos com 2 ocorrências e *Transtornos Nutricionais, Estado Nutricional e Organizações*, todos com 1 ocorrência cada.

Tabela 20 – Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP6 – Nutrição.

SP6 – NUTRIÇÃO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
ALIMENTOS – SP6.022	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Alimentos Fortificados – SP6.022.052	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Qualidade dos Alimentos – SP6.022.063	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
TRANSTORNOS NUTRICIONAIS – SP6.030	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Doenças Deficitárias – SP6.030.022	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
PROGRAMAS E POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO – SP6.037	3	-	-	2	3	-	-	-	18	23	49
Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação – SP6.037.000	2	-	-	2	3	-	-	-	18	23	48
Vigilância Nutricional – SP6.037.130	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NECESSIDADES NUTRICIONAIS – SP6.045	-	-	-	-	-	-	-	1	18	23	42
Necessidades Nutricionais – SP6.045.000	-	-	-	-	-	-	-	1	18	23	42
ESTADO NUTRICIONAL – SP6.052	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Desenvolvimento Infantil – SP6.052.013	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ORGANIZAÇÕES – SP6.060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Órgãos Governamentais – SP6.060.085	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
NUTRIÇÃO DE GRUPOS DE RISCO – SP6.067	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Nutrição Infantil – SP6.067.094	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	5	0	0	2	5	0	0	3	36	47	98

Gráfico 22 – Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP6 – Nutrição.

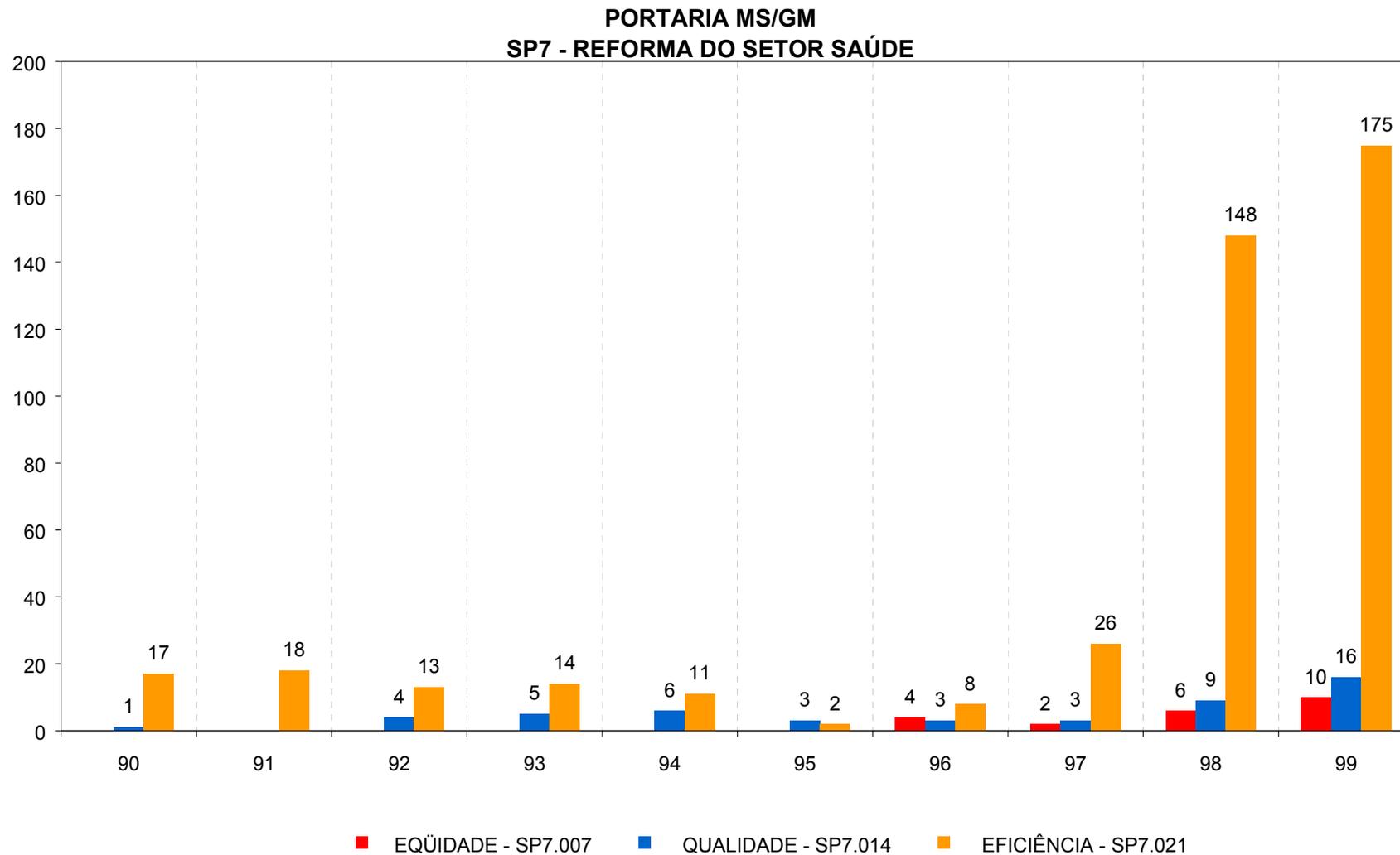


g) SP7 – Reforma do Setor Saúde – A tabela 21 mostra que esta subcategoria obteve um total de 504 ocorrências distribuídas em 3 **assuntos**: *Eficiência* – 432 ocorrências, correspondendo a 85,71% do total; *Qualidade* – 50 ocorrências (9,92%) e *Eqüidade* – 22 incidências (4,37%). Em *Eficiência*, o destaque foi o descritor *Reforma do Estado*, com 310 ocorrências – apresentando incidência em todos os anos da década – com pico de 142 ocorrências em 1998 e 90 ocorrências em 1999. A menor incidência ocorreu em 1995, apenas 1 ocorrência. O segundo descritor com maior freqüência deste **assunto** foi *Realocação de Recursos*, com 86 ocorrências, sendo: 1 ocorrência em 1993, 3 ocorrências em 1998 e 82 ocorrências em 1999. Este **assunto** apresenta ainda os descritores *Gestão de Recursos* (19 ocorrências) e *Dotação de Recursos* (17 ocorrências). O **assunto** *Qualidade* obteve 50 ocorrências (9,92%), com destaque para o descritor *Qualidade Técnica*, com 31 ocorrências, com freqüência em todos os anos (exceto 1992) e maior incidência em 1999 (14 ocorrências). O **assunto** *Eqüidade* foi o de menor índice de ocorrências – 22, onde o descritor *Eqüidade de Acesso* foi o de maior incidência (22 ocorrências). Este **assunto** só começa a ter freqüência a partir de 1996.

Tabela 21- Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP7 – Reforma do Setor Saúde.

SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
EQÜIDADE – SP7.007	-	-	-	-	-	-	4	2	6	10	22
Eqüidade no Estado de Saúde – SP7.007.011	-	-	-	-	-	-	3	-	-	4	7
Eqüidade no Acesso – SP7.007.033	-	-	-	-	-	-	1	2	5	3	11
Eqüidade na Distribuição e Uso dos Recursos – SP7.007.044	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4
QUALIDADE – SP7.014	1	-	4	5	6	3	3	3	9	16	50
Qualidade – SP7.014.000	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	3
Qualidade Técnica – SP7.014.077	1	-	1	1	2	2	3	2	5	14	31
Qualidade Percebida – SP7.014.088	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3
Qualidade dos Cuidados de Saúde – SP7.014.099	-	-	-	-	2	1	-	-	1	-	4
Credenciamento – SP7.014.110	-	-	1	4	2	-	-	-	2	-	9
EFICIÊNCIA – SP7.021	17	18	13	14	11	2	8	26	148	175	432
Dotação de Recursos – SP7.021.121	1	4	3	2	-	1	-	5	1	-	17
Realocação de Recursos – SP7.021.132	-	-	-	1	-	-	-	-	3	82	86
Gestão de Recursos – SP7.021.143	1	-	4	2	2	-	2	3	2	3	19
Reforma do Estado – SP7.021.154	15	14	6	9	9	1	6	18	142	90	310
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	18	18	17	19	17	5	15	31	163	201	504

Gráfico 23 – Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP7 – Reforma do Setor Saúde.

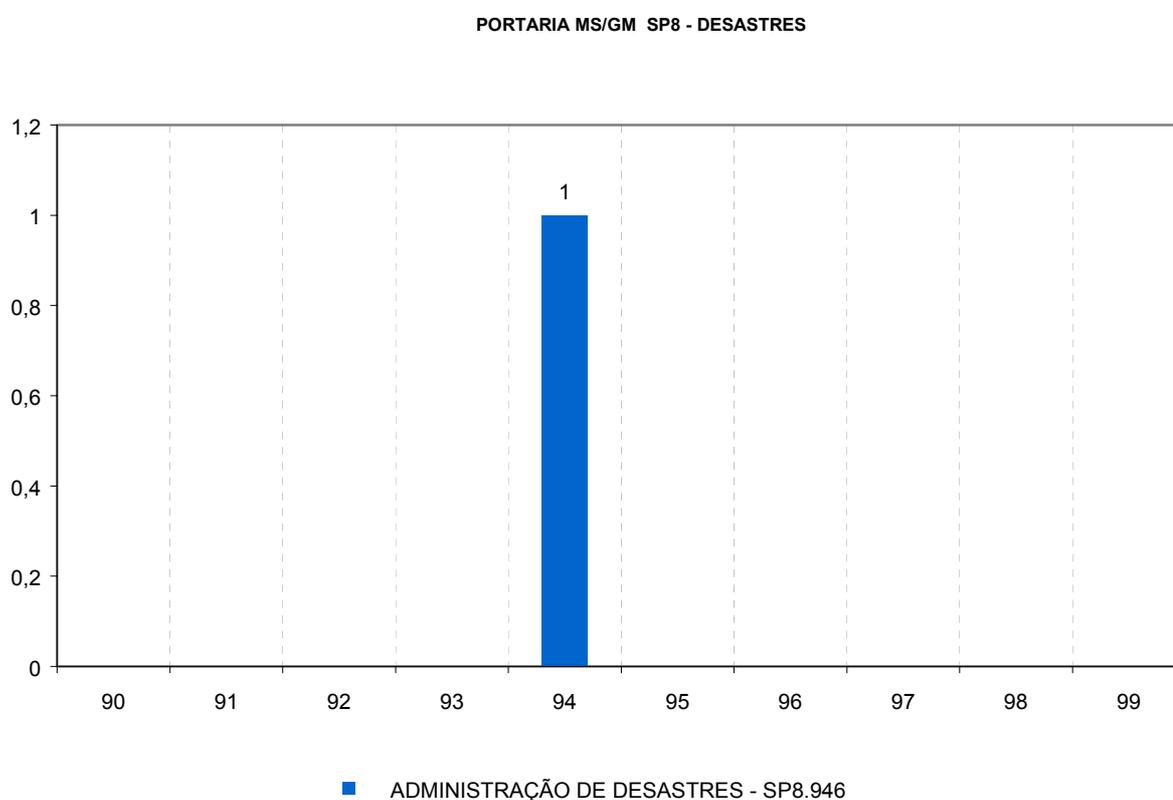


h) SP8 – Desastres – Esta subcategoria apresenta apenas uma ocorrência em 1994.

Tabela 22- Portarias MS/GM: Ocorrência de descritores da Subcategoria SP8 – Desastres.

SP8 – DESASTRES	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	Total
ADMINISTRAÇÃO DE DESASTRES – SP8.946	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Planejamento em Desastres – SP8.946.702	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Gráfico 24 – Portarias MS/GM – Distribuição temporal 1990-1999 – SP8 – Desastres.



4.3 – PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACADÊMICA E PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO

O estudo comparativo entre os dois blocos – Produção Científica Acadêmica e Portarias do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro – analisados segundo as subcategorias, ou 1º nível hierárquico, apresentou os seguintes resultados (Tab. 23 e 24):

A análise quantitativa, considerando cada subcategoria de forma isolada, mostra que as subcategorias SP1 – Administração e Planejamento em Saúde e SP7 – Reforma do Setor Saúde, mantêm certa proximidade entre 1990 e 1997. Em 1998 ocorre grande crescimento do número de portarias, em relação ao número de teses/dissertações em ambas as subcategorias (Graf.27 e 33). Na subcategoria SP2 – Prestação dos Cuidados de Saúde, observa-se que o número de teses/dissertações mantém superioridade do início da década até 1997, sendo ultrapassado pelo número de portarias somente em 1998 (213 portarias), e no ano seguinte volta a ser superior. A subcategoria SP4 – Saúde Ambiental, terceira colocada no total da Produção Científica Acadêmica (495 ocorrências, representando 16,99%), obteve baixa frequência no bloco das portarias MS/GM – 56 ocorrências (2,46% do total) (Graf.30). A subcategoria SP6 – Nutrição, com muito baixa representatividade no bloco das portarias MS/GM até o ano de 1997, apresentou um salto em 1998, convergindo com o mesmo número de teses/dissertações, chegando a número superior em 1999 (47 ocorrências) (Graf.32). No bloco das portarias MS/GM, as subcategorias SP3 – Demografia, e SP5 – Epidemiologia e Bioestatística, apresentaram frequência baixa e descontínua no período, ao contrário das teses/dissertações (Graf.29 e 31). A subcategoria SP8 – Desastres, obteve muito baixa representação nos dois blocos (Graf. 34).

Tabela 23 – Produção Acadêmica: Distribuição das subcategorias por ano – 1990-1999, ocorrências por número e percentual.

SP – SAÚDE PÚBLICA – Produção Científica Acadêmica	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SP1 – ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	27	13,04	62	22,06	34	17,35	29	13,24	56	21,88	54	19,2	54	16,0	52	16,99	54	12,8	77	18,64	499	17,13
SP2 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	75	36,23	105	37,37	77	39,29	96	43,84	92	35,94	91	32,4	111	32,9	98	32,03	137	32,5	107	25,91	989	33,95
SP3 – DEMOGRAFIA	22	10,63	23	8,19	21	10,71	19	8,68	18	7,03	19	6,76	25	7,42	24	7,84	30	7,13	49	11,86	250	8,58
SP4 – SAÚDE AMBIENTAL	26	12,56	32	11,39	24	12,24	28	12,79	36	14,06	56	19,9	68	20,2	64	20,92	93	22,1	68	16,46	495	16,99
SP5 – EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	30	14,49	24	8,54	18	9,18	26	11,87	23	8,98	33	11,7	31	9,2	28	9,15	50	11,9	35	8,47	298	10,23
SP6 – NUTRIÇÃO	12	5,8	13	4,63	11	5,61	12	5,48	17	6,64	13	4,63	25	7,42	18	5,88	36	8,55	32	7,75	189	6,49
SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE	15	7,25	22	7,83	9	4,59	9	4,11	14	5,47	13	4,63	21	6,23	20	6,54	19	4,51	41	9,93	183	6,28
SP8 – DESASTRES	0	0	0	0	2	1,02	0	0	0	0	1	0,36	1	0,30	2	0,65	2	0,48	2	0,49	10	0,34
TOTAL DE OCORRÊNCIAS	207	100	281	100	196	100	219	100	256	100	280	100	336	100	306	100	421	100	411	100	2913	100

Tabela 24 – Portarias MS/GM: Distribuição das subcategorias por ano – 1990-1999, ocorrências por número e percentual.

SP – SAÚDE PÚBLICA – PORTARIAS MS/GM	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SP1 – ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE	38	44,19	52	59,09	43	53,75	83	66,4	64	54,70	95	79,83	32	50,79	77	54,61	388	47,96	311	47,63	1183	51,86
SP2 – PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	19	22,09	15	17,05	14	17,5	16	12,8	24	20,51	12	10,08	10	15,87	20	14,18	213	26,33	78	11,94	421	18,46
SP3 – DEMOGRAFIA	1	1,16	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	2	1,42	-	0	-	0	3	0,13
SP4 – SAÚDE AMBIENTAL	5	5,81	2	2,27	5	6,25	5	4	5	4,27	7	5,88	3	4,76	5	3,55	7	0,87	12	1,84	56	2,46
SP5 – EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA	-	0	1	1,14	1	1,25	-	0	1	0,85	-	0	3	4,76	3	2,13	2	0,25	4	0,61	15	0,66
SP6 – NUTRIÇÃO	5	5,81	-	0	-	0	2	1,6	5	4,27	-	0	-	0	3	2,13	36	4,45	47	7,20	98	4,30
SP7 – REFORMA DO SETOR SAÚDE	18	20,93	18	20,45	17	21,25	19	15,2	17	14,53	5	4,20	15	23,81	31	21,99	163	20,15	201	30,78	504	22,10
SP8 – DESASTRES	-	0	-	0	-	0	-	0	1	0,85	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	1	0,04
TOTAL DE PORTARIAS	86	100	88	100	80	100	125	100	117	100	119	100	63	100	141	100	809	100	653	100	2281	100

Gráfico 25 – SP1 – Administração e Planejamento em Saúde: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

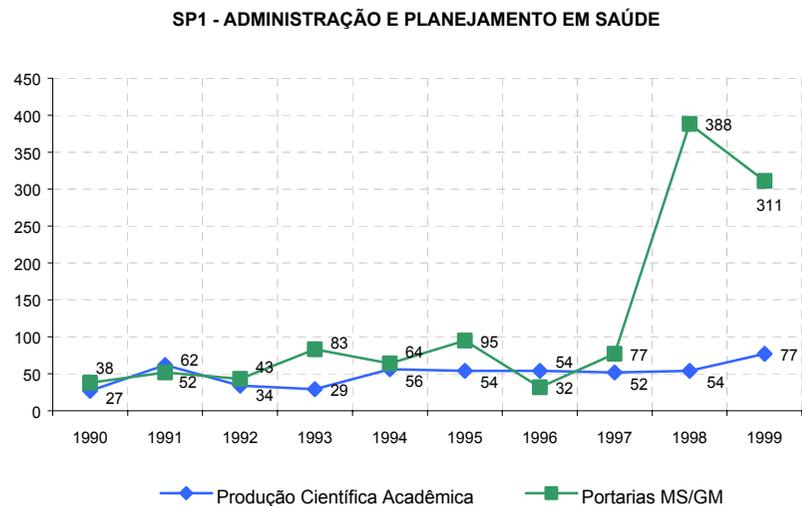


Gráfico 26 – SP2- Prestação dos Cuidados de Saúde: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

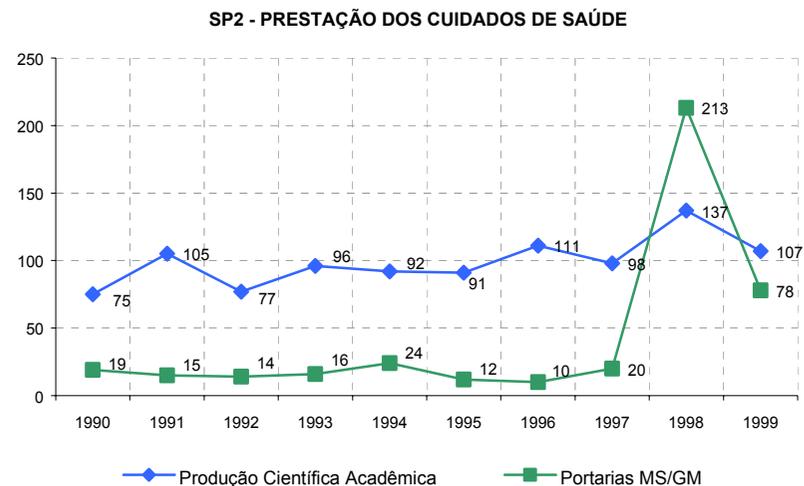


Gráfico 27 – SP3 – Demografia: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

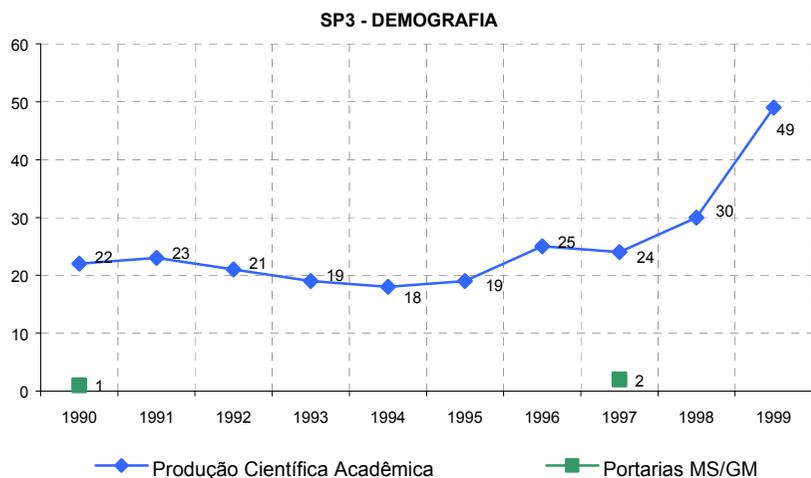


Gráfico 28 – SP4 – Demografia: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

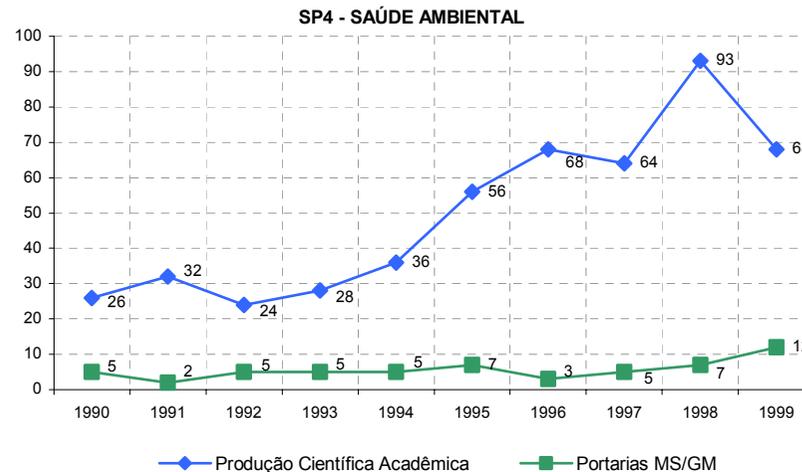


Gráfico 29 – SP5 – Epidemiologia e Bioestatística: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

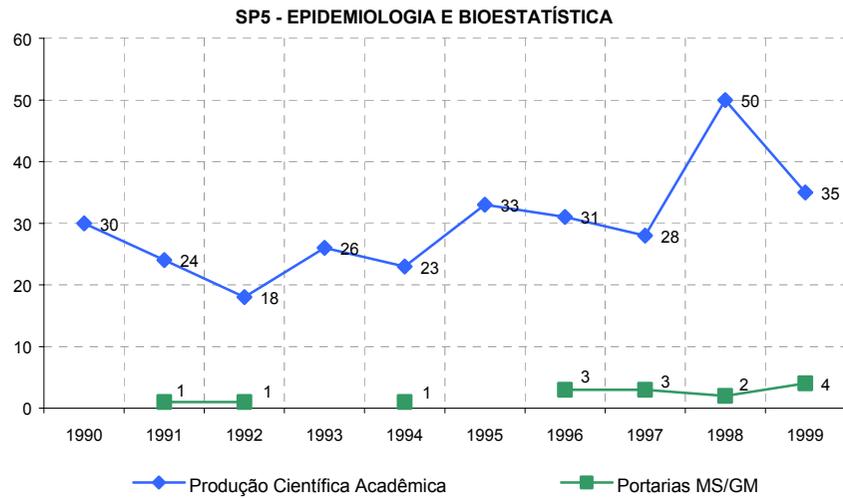


Gráfico 30 – SP6 – Nutrição: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

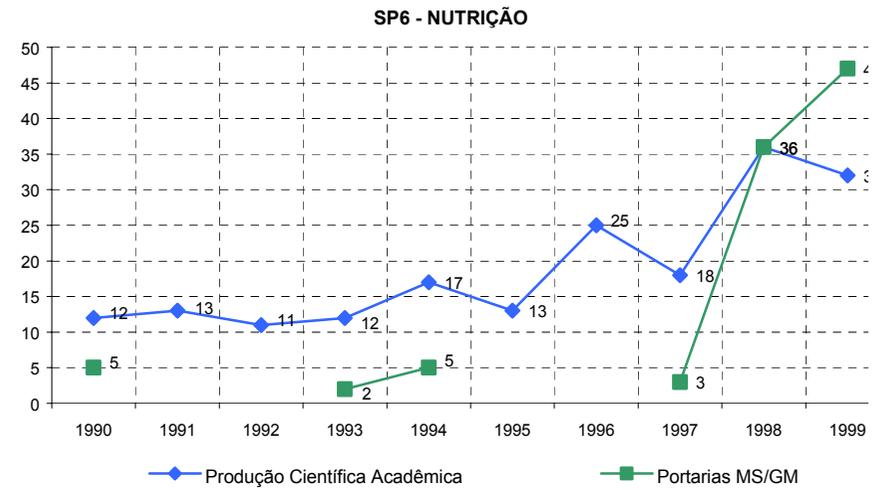


Gráfico 31 – SP7 – Reforma do Setor Saúde: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM

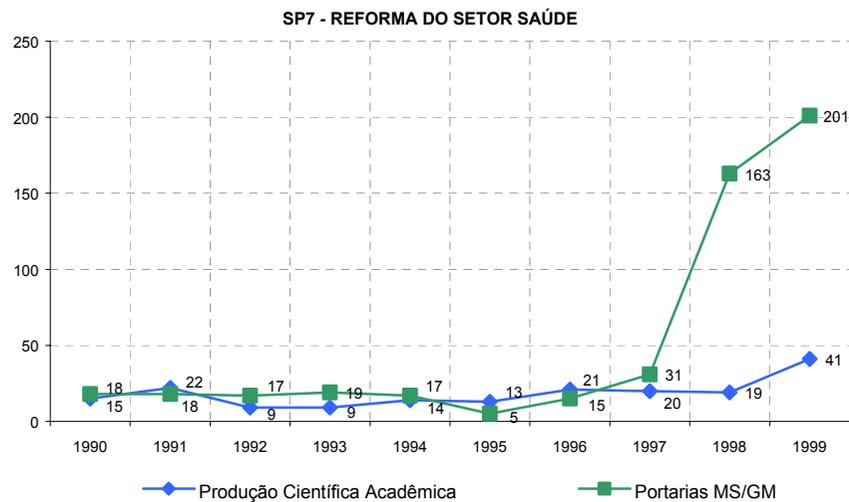
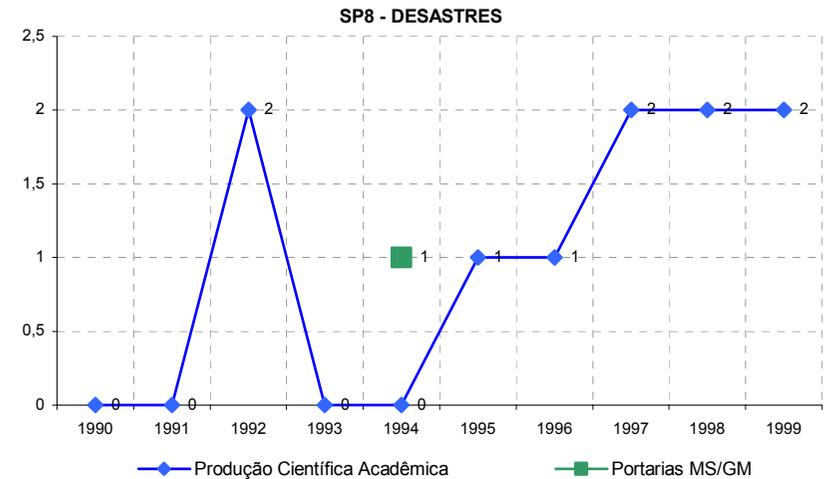


Gráfico 32 – SP8 – Desastres: descrição temporal – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM



A análise percentual, anual, de cada subcategoria, mostra que em todos os anos da década o número de portarias indexadas na subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde, foi superior ao número de Teses/Dissertações (tab. 23 e 24)

Em 1990 nota-se convergência na subcategoria SP6 – Nutrição: 5,80% e 5,81%, entre os dois blocos. Na subcategoria SP7 – Reforma do Setor Saúde, o bloco das Portarias apresentou percentual de 20,93%, enquanto o bloco da Produção Científica Acadêmica apresentou 7,25%. Nas demais subcategorias, o Bloco da Produção Científica Acadêmica apresentou superioridade (Graf.33). Os anos de 1991 a 1994 mostram a mesma configuração gráfica de 1990, não havendo qualquer convergência (Graf. 34 a 37).

Gráfico 33 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1990.

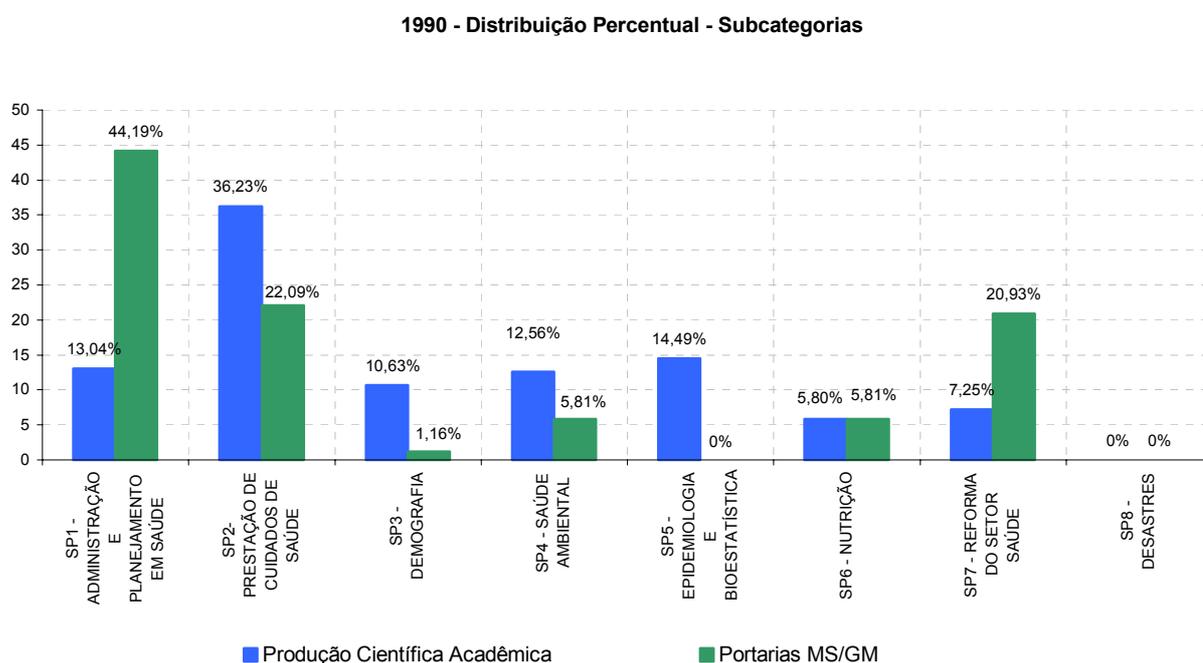


Gráfico 34 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1991.

1991 - Distribuição Percentual - Subcategorias

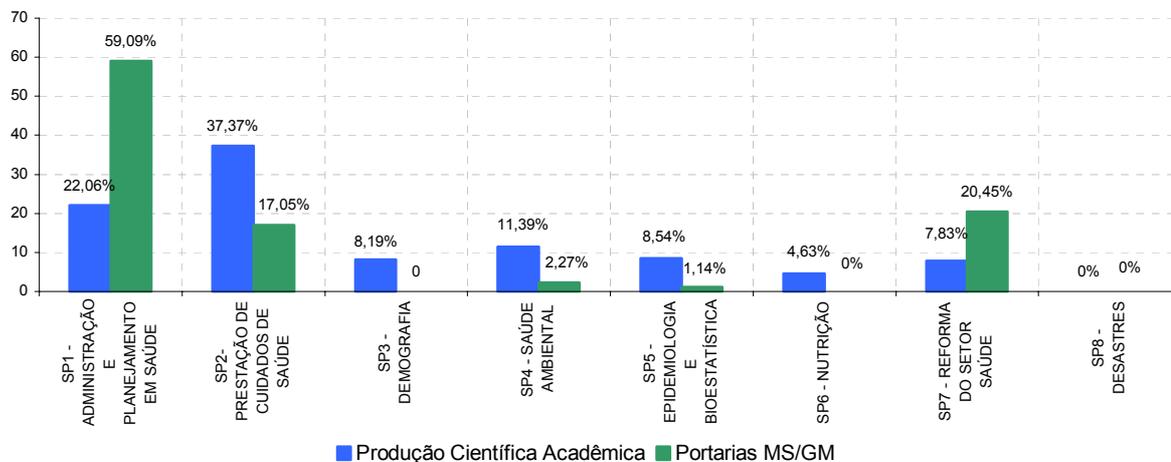


Gráfico 35 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1992.

1992 - Distribuição Percentual - Subcategorias

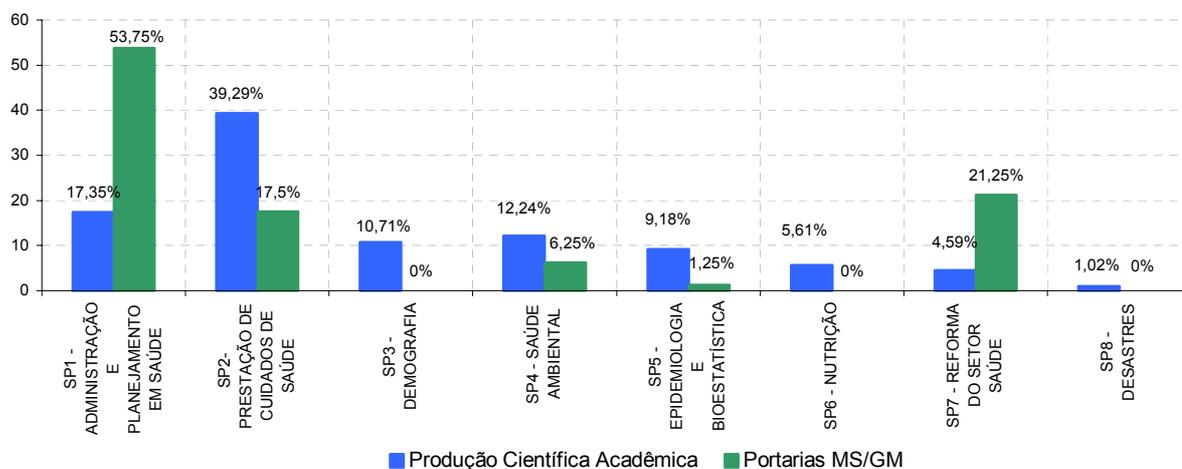


Gráfico 36 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1993.

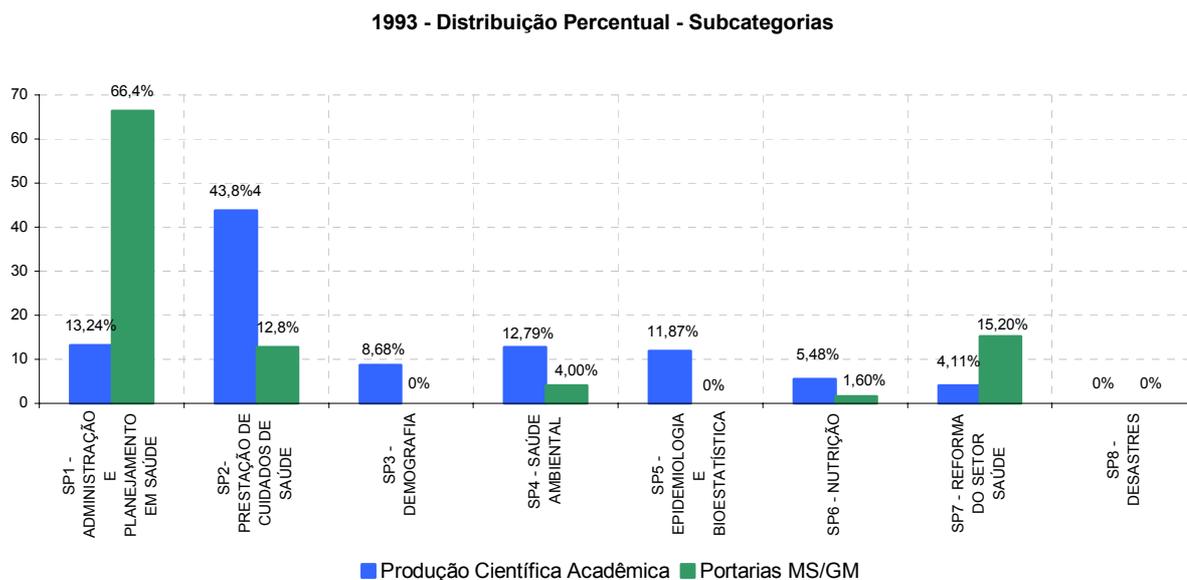
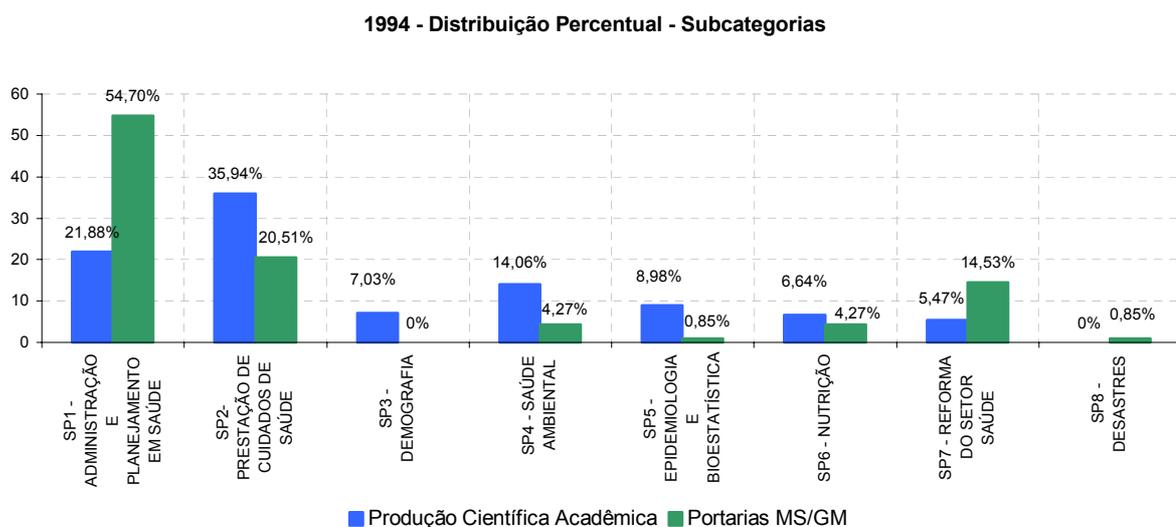


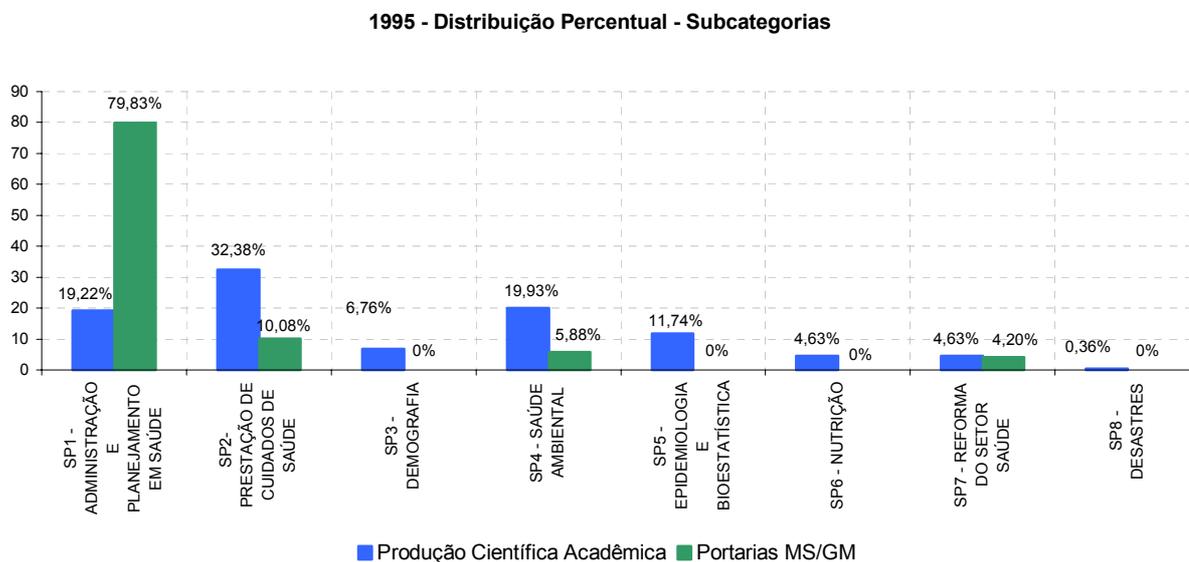
Gráfico 37 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1994.



Na distribuição anual das ocorrências nas subcategorias das Portarias MS/GM (tab.24), observa-se que a subcategoria SP1 – Administração e Planejamento em Saúde, com 1.183 ocorrências no total, apesar de ter sua maior frequência em 1998 – 388 ocorrências (47,96% do total do ano) -, obteve seu maior percentual em 1995, com 95 ocorrências, representando 79,83% do total do ano (graf.38). É também em 1995 que ocorre o menor índice da subcategoria SP7 – Reforma do Setor Saúde – 5 ocorrências, representando 4,20% do total do ano. As demais subcategorias

mantiveram a mesma representação gráfica dos anos anteriores, nos dois blocos.

Gráfico 38 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1995.



Nos anos de 1996 e 1997, há um certo retorno à configuração gráfica dos anos anteriores a 1995 (1990 a 1994), ou seja, o bloco das portarias mantém índices superiores apenas nas subcategorias SP1 – Administração e Planejamento em Saúde, e SP7 – Reforma do Setor Saúde (graf. 39 e 40)

Gráfico 39 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1996.

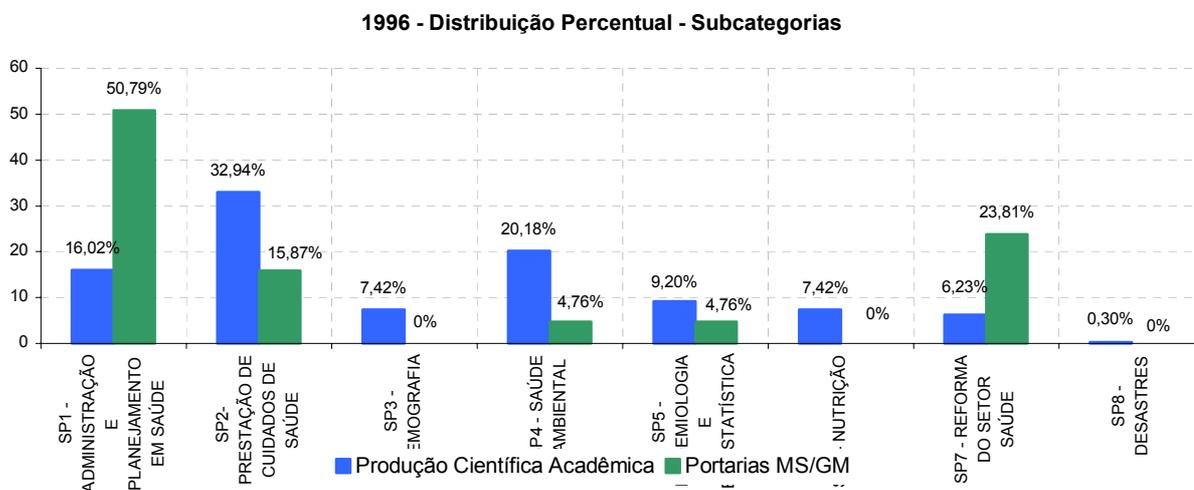
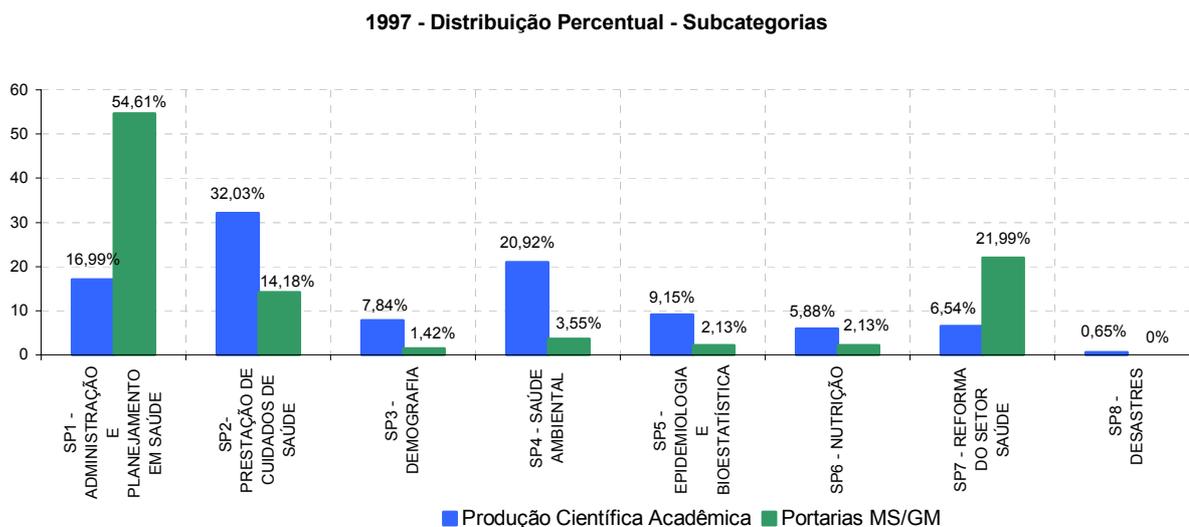


Gráfico 40 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1997.



Em 1998, na subcategoria SP2 – Prestação dos Cuidados de Saúde, pode-se observar certa aproximação do índice do bloco das portarias (26,33%) ao bloco das Teses/Dissertações (32,54%), fato não observado nos outros anos da década (Graf. 41). É no ano de 1999 que ocorre a segunda convergência da década, na subcategoria SP- Nutrição. É neste mesmo ano que ocorre o maior índice da subcategoria SP7 – Reforma do Setor Saúde – 30,78% de ocorrências no bloco das Portarias do MS/GM. (Graf.42).

Gráfico 41 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1998.

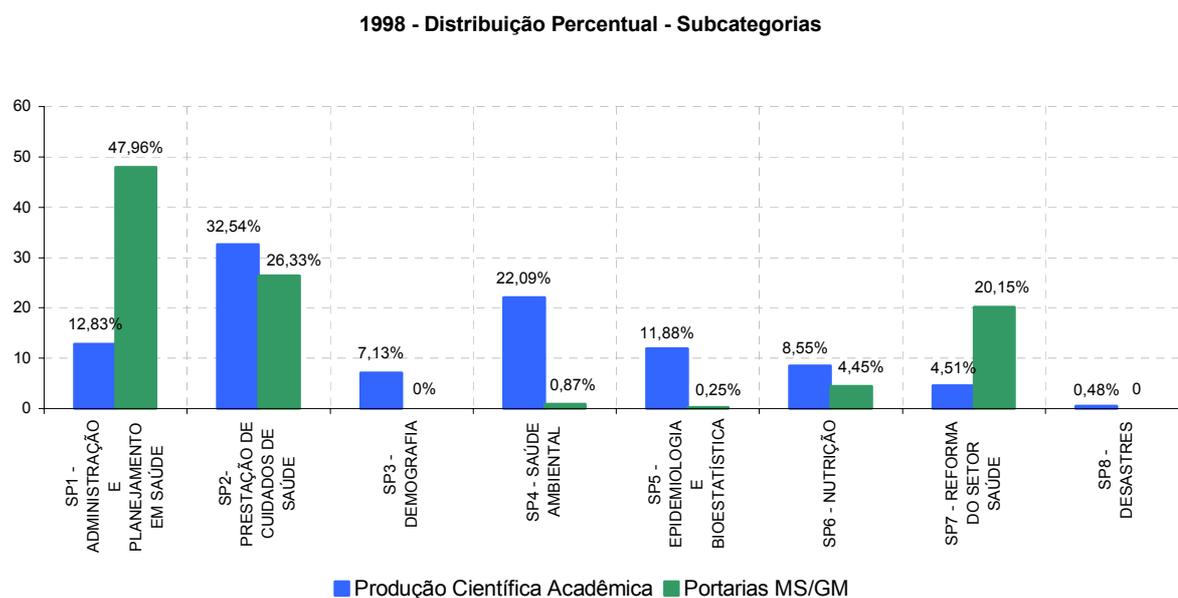
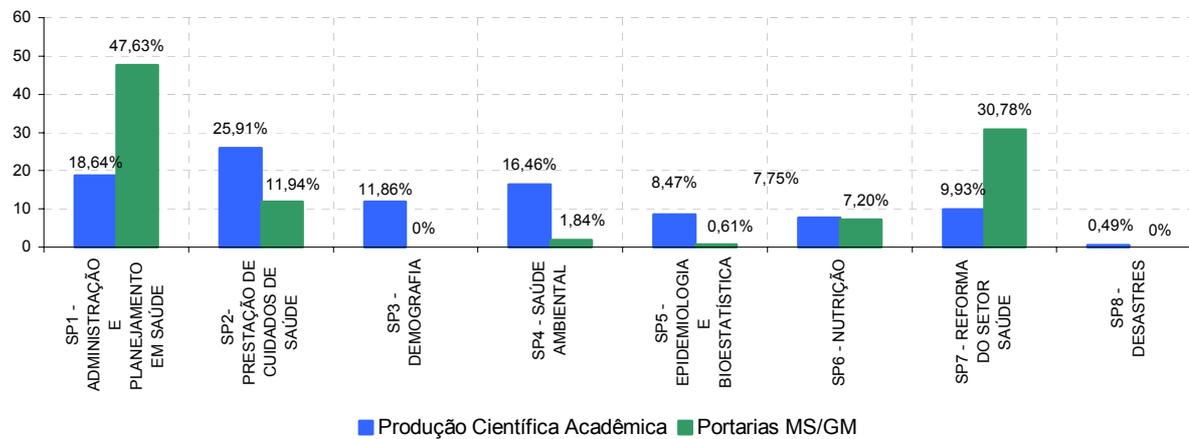


Gráfico 42 – Distribuição Percentual Subcategorias – Produção Científica Acadêmica e Portarias MS/GM – 1999.

1999 - Distribuição Percentual - Subcategorias



5. CONCLUSÕES

5.1. BLOCO 1: PRODUÇÃO CIENTÍFICA - TESES/DISSERTAÇÕES

Os resultados analisados neste bloco mostram o crescimento do número de pesquisas, tanto dissertações de mestrado quanto teses de doutorado, ultrapassando o dobro em relação ao início da década.

A grande tendência temática das pesquisas realizadas na pós-graduação em saúde pública está voltada para a *Prestação dos Cuidados de Saúde*, onde, de acordo com o DeCS, estão inseridos os conceitos de Promoção da Saúde e o estudo de populações específicas como *saúde do idoso* e *saúde mental* entre outros. O destaque temático (de todas as subcategorias tabuladas neste bloco) foi o descritor *Serviços de Saúde Comunitária*, seguido do descritor *Cuidados Integrals de Saúde*.

As subcategorias *Administração e Planejamento em Saúde* e *Saúde Ambiental* obtiveram um “empate técnico” em desenvolvimento de pesquisas ao longo da década (499 e 495 ocorrências, respectivamente).

Na subcategoria *Administração e Planejamento em Saúde*, foi causa de surpresa a baixa frequência do descritor *Vigilância Sanitária*, por se tratar de assunto que vem sendo debatido nas diversas arenas políticas (mais especificamente a criação recente da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), esferas acadêmicas, e ampla divulgação na mídia popular. Nesta subcategoria, o descritor que obteve maior frequência foi *Políticas de Controle Social*.

A análise da subcategoria *Saúde Ambiental* apontou as maiores tendências nos **assuntos** *Saúde Ocupacional* e *Saneamento*. A constatação de uma grande diversificação temática nesta subcategoria dificulta a identificação de tendências nos demais **assuntos**, porém, mostra a grande preocupação em se realizar pesquisas sobre temas relacionados à “integração homem-meio ambiente”.

O tema *Nutrição*, representado na subcategoria SP6, apresentou crescimento constante na década, onde se pode constatar a preocupação na realização de pesquisas que possam colaborar com a diminuição do “*velho problema nacional da desnutrição infantil*” (Minayo, 1995). O descritor de maior frequência nesta subcategoria foi *Desenvolvimento Infantil*, seguido pelos descritores *Tecnologia de Alimentos e Nutrição Infantil*.

As subcategorias *Epidemiologia e Bioestatística e Demografia*, possuidoras de afinidades entre si, mantiveram distribuição temporal homogênea na década, e, em ambos os casos, não houve queda ou aumento significativo. Conforme mencionado anteriormente, os estudos de agravos não estão representados nesta análise. Pode-se afirmar que o interesse em pesquisar estas áreas manteve-se com boa representatividade no decorrer da década.

Apesar de decorridos mais de dez anos após a Constituição de 1988, documento determinante do Sistema Único de Saúde e norteador das reformas necessárias à sua implantação, ainda é baixo o interesse em desenvolver pesquisas sobre *Reforma do Setor Saúde*. Os descritores *Eqüidade no Estado de Saúde e Eqüidade na Distribuição e Uso dos Recursos* foram os mais desenvolvidos no período.

A subcategoria *Desastres*, por ter sido criada recentemente, obteve frequência excessivamente baixa para qualquer conclusão temática.

Por se tratar de uma dissertação de mestrado e todos os seus “limites”, não foi objeto de estudo desta pesquisa a evolução da pós-graduação na área da saúde pública na década, ou seja, a criação ou extinção de cursos (subáreas, disciplinas, linhas de pesquisas institucionais) de mestrado ou doutorado.

5.2. BLOCO 2: DIRETRIZES FORMAIS - PORTARIAS MINISTÉRIO DA SAÚDE/GABINETE DO MINISTRO

A análise temática desenvolvida a partir dos descritores do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde – apresentou como subcategoria de maior

freqüência a *Administração e Planejamento em Saúde*, que representa de forma evidente as ações do Ministério da Saúde inerente às suas “funções”: gerência, administração financeira, planejamento, entre outros. Esta subcategoria mostrou ápice percentual em 1995, na gestão do Ministro Adib Jatene.

A subcategoria *Reforma do Setor Saúde*, segunda subcategoria em números de freqüência, aponta como grande tendência temática a *Reforma do Estado*. Considerando a amplitude dos 3 assuntos desta subcategoria – *Equidade; Qualidade; e Eficiência*, que de acordo com o DeCS apresentam os seguintes conceitos:

“Equidade Implica: a) em condições de saúde, redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível; b) em serviços de saúde, recebimento de atenção em relação a necessidade (equidade de acesso e uso) e contribuição na capacidade de pagamento (equidade financeira).

Qualidade - Implica que os usuários de serviços recebam pontualmente, eficientemente e seguramente (qualidade técnica) ajuda em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida).

Eficiência - Razão entre o esforço empreendido e o resultado obtido. Implica a relação favorável entre resultados obtidos e custos dos recursos empregados. Possui duas dimensões: a relativa à dotação de recursos e a referente à produtividade dos serviços. Os recursos são dotados eficientemente se geram o máximo ganho possível em termos de saúde por unidade de custo e são empregados eficientemente quando se obtêm uma unidade ou produto a um custo mínimo ou quando se obtêm mais unidades de produto com um dado custo”

A partir dos dados analisados, pode-se concluir a forte tendência do Ministério da Saúde na implantação efetiva do SUS – Sistema Único de Saúde.

A distribuição percentual da freqüência de ocorrências na subcategoria *Prestação de Cuidados de Saúde* na década, mostra que o interesse temático na área da *Promoção da Saúde* esteve presente em todas as gestões, com menor

índice em 1995 (10,08%), gestão do Ministro Henrique Santillo, e maior índice em 1998 (26,33%), gestão do Ministro José Serra.

A subcategoria nutrição só obteve representatividade a partir de 1998, gestão do Ministro José Serra, tendo as maiores concentrações nos descritores *Programas e Políticas de Nutrição e Necessidades Nutricionais*. As demais ocorrências foram identificadas nas gestões dos Ministros Seigo Tsuzuki e Henrique Santillo.

A área da *Saúde Ambiental*, representada na subcategoria SP6, obteve representação em todos os anos, porém com baixo índice de frequência. Uma das hipóteses que poderiam justificar estes índices, seria a atribuição dos “assuntos” relacionados ao Meio Ambiente estarem concentrados na pasta de outro Ministério. A comprovação desta hipótese não faz parte deste estudo.

As demais subcategorias – *Epidemiologia e Bioestatística; Demografia; e Desastres* – apresentaram frequência de ocorrências descontínuas no período, não evidenciando qualquer tendência temática de forma a justificar algum destaque.

5.3 – PRODUÇÃO CIENTÍFICA E DIRETRIZES FORMAIS

A comparação temática realizada entre os dois blocos, aponta como pontos de convergência de interesses – tanto na produção científica acadêmica quanto na publicação das portarias – nas áreas de *Administração e Planejamento em Saúde e Prestação dos Cuidados de Saúde*.

Considerando a subcategoria SP7 – Reforma do Setor Saúde, de forma isolada, observa-se certa proximidade quantitativa entre 1990 e 1997. Em 1998 e 1999, com o súbito crescimento do número de portarias, torna-se visível a tendência para os assuntos relacionados à implantação do SUS. Este aumento não foi acompanhado pela produção científica, mesmo tendo seu maior índice ocorrido em 1999.

A representação gráfica da distribuição temporal percentual na década mostra pontos de convergência: na subcategoria SP6 – Nutrição, em 1990, 1995 e 1999, com índice médio de 5,9%; e pontos de maior distanciamento: nas subcategorias SP7 – Reforma do Setor Saúde, e SP4 – Saúde Ambiental.

As dissertações de mestrado demandam, em média, dois anos e meio desde sua proposta inicial até sua defesa, e as teses de doutorado no mínimo quatro anos, considerando os prazos dos atuais. Estimar um prazo para uma política de saúde, ou quanto tempo foi decorrido nas diversas “instâncias e cenários” até obter *status formal* seria objeto de estudo de nova dissertação ou até mesmo de uma tese de doutorado. Por estes motivos, a hipótese de estabelecer qualquer tipo de temporalidade para efeitos de comparação entre os dois blocos não foi considerada.

A valiosa contribuição nacional da pesquisa em Saúde Pública, aqui representada na produção científica de teses de doutorado e dissertações de mestrado, – que de certa forma estão disponíveis ao acesso público via *Internet* – podem dar importante contribuição temática aos principais atores das arenas políticas.

Este trabalho pode abrir a possibilidade de novos estudos, com abordagens mais amplas, mais aprofundadas, em ambos os eixos. A própria organização do extenso material coletado, e organizado em bases de dados bibliográficas (a base de dados das Portarias do MS/GM foi construída especialmente para este estudo), contidas em CD-ROM em anexo, oferece material para abordagens em outras instâncias problemáticas.

Por outro lado, mais especificamente, este trabalho mantém por toda sua extensão o horizonte tecnológico transdisciplinar, ultrapassando os limites estáticos dos vários campos do saber, fazendo transparecer toda a complexidade que, em nossa modernidade, caracteriza as relações teóricas e práticas do conhecimento. Apesar de estar disponível para o público, com o propósito de auxiliar as buscas bibliográficas nas Bases de Dados na área de Ciências da Saúde, o DeCS, que no presente caso foi utilizado como ferramenta

para a realização da análise temática nos dois eixos, é um tesouro que, em sua concepção e construção, é de domínio específico da área da Ciência da Informação. Este estudo é o resultado de um esforço de aproximação de duas áreas do conhecimento: Saúde e Ciência da Informação.

Pode-se dizer que esta dissertação apresenta apenas uma opção, dentre várias, de utilização efetiva do produto nacional, fruto de investimento científico e tecnológico; do desenvolvimento de pesquisas em nível nacional: “Made in Brazil”.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ABRASCO, 1993. I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde. *Anais*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1994. 154 p. Apresentado em: Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 1, Belo Horizonte, 28 set.-01 out.
2. ABRASCO, 1994. *Uso e disseminação de informações em saúde; subsídios para a elaboração de uma política de informações para o SUS. Oficina de trabalho; relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde. Grupo Especial para a Descentralização/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, p.27-44.
3. BECKER, H. S., 1986. *Writing for Social Scientists: How to Start and Finish your Thesis, Book or Article*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
4. BERTOLLI FILHO, C., 1999. *História da Saúde Pública no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Ática. (História em Movimento).
5. BIREME, 2002. *Fundamentos, Missão, Objetivos e Funções*.
<<http://www.bireme.br/bvs/bireme/P/fundamentos.htm>>
6. BIREME, 2002. Metodologia LILACS.
<<http://www.bireme.br/abd/P/sobreametodol.htm> >
7. BIREME, 2002. Sobre o DeCS. <<http://decs.bvs.br/P/decswebp.htm>>
8. BRASIL, 1988. Constituição (1988). *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal.
9. BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. 2001. *Ciência, Tecnologia e Inovação: Desafio para a Sociedade Brasileira*: livro verde. Brasília: Academia Brasileira de Ciências.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. 1994. *Anais da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde.
11. BURLANDY, L. & BODSTEIN, R. C. A., 1998. Política de saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica: 1976-1992. *Cadernos de Saúde Pública*. 14(3):543-554, jul-set.
12. CANESQUI, A. M., Comp., 1995. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1997. 287 p. (Saúde em Debate, 107). Apresentado em: Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde, 1, Curitiba, 7-10 nov.
13. CARVALHO, A. I., 1999. *Política de Saúde e Organização Setorial do País*. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Autogestão em Saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, pp. 15-44
14. CASTELLS, M., 1999. *A Sociedade em Rede*. São Paulo: Paz e Terra. (A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura, v.1)
15. COHN, A., 1992. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. *Saúde e Sociedade*, 1(2):97-109.
16. CORDEIRO, H., coord; MARQUES, M. B.; POSSAS, C. & BUSS, P., 1990. *Prioridades Nacionais, Pesquisa Essencial e Desenvolvimento em Saúde*. s.l; Fundação Oswaldo Cruz. 55 p. (FIOCRUZ. Política de Saúde, 10).
17. CORRÊA FILHO, H.; GONÇALVES, N. N. S. & GONÇALVES, A., 1994. Ciência e tecnologia em saúde no Brasil: modelo de identificação de prioridades setoriais. *Rev. de Administração Pública*, 28(4):18-26, out.-dez.
18. COSTA, N. R., 1998. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde dos Anos 80 e 90. IN: *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social*. (N. R. Costa), p.p. 91-123, Rio de Janeiro: Hucitec.
19. DINIZ, M. H., 1998. *Dicionário Jurídico*. São Paulo: Saraiva. v. 3, p.643
20. ECO, U., 1994. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva.

21. Escuela de Salud Pública, 1993. *Organización Panamericana de la Salud. Salud Pública, Ciencia, Política y Acción*. Quito; ESP-OPS; sept. 160 p.
22. FERREIRA, A., 1994. Ciência e tecnologia aplicadas a produção de bens de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da I Conferencia Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília:Ministério da Saúde. p .p.315-33.
23. FERREIRA, A. B. H., 1999. *Dicionário Aurélio Eletrônico Século XX*. CD-ROM Versão 3.0 – nov. São Paulo: Nova Fronteira/ Lexikon.
24. FOUCAULT, M. 1990. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. CapV
25. GUIMARAES, R. F. N. & VIANNA, C. M. M., 1994. Ciência e tecnologia em saúde - tendências mundiais - diagnostico global e estado da arte no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saude. *Anais da I Conferencia Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 115-235. ilus
26. GUIMARÃES, R. F. N., 1994. *Avaliação e fomento de C&T no Brasil: propostas para os anos 90* . Brasília: Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico. 177 p. tab. (Acompanhamento e Avaliação de C&T).
27. GUIMARÃES, R. F. N. & TAVARES, R. A. W., 1994. *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 280 p. ilus, tab.
28. HERMIDA, C., 1994. El futuro de la Ciencia. In: Organización Panamericana de la Salud. *Futuro de la Ciencia en Salud: Memória de un Simposium*. Tegucigalpa: OPS/Ministério da Saúde, mayo. p.47-52.
29. LEÃO, B. F., 1988. Sugestões para a política nacional de informática em saúde. *Revista Brasileira de Informação em Saúde*, 2(7): 12-3, jul.-ago.
30. MARQUES, M. B., org., 1998. *Por uma política de ciência e tecnologia em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz 138 p. (Série política de saúde, 17).
31. MARQUES, M. B.; POSSAS, C. A.; GADELHA, C. A. G; EMERICK, M. C. & BORTOLETTO, M. E., 1988. Oferta tecnológica para o desenvolvimento em saúde: o caso da FIOCRUZ. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(1): 9-32, jan.-mar. Apresentado

- em: Simpósio Nacional de Pesquisas de Administração em Ciência e Tecnologia, 12, São Paulo, 19-21 out.
32. MEIS, L. & LETA, J., 1996. *O perfil da ciência brasileira*. Rio de Janeiro: UFRJ.
33. MINAYO, M. C. S., org., 1995. *Os Muitos Brasis: saúde e População na Década de Oitenta*. São Paulo: HUCITEC. (Saúde em Debate, 79)
34. MORAES, I. H. S., 1994. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. Rio de Janeiro: Abrasco/HUCITEC.
35. MORAES, I. H. S., 1998. *Informações em Saúde: para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnodemocracia Emancipadora*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
36. NEY, J. L., 1988. *Prontuário de redação oficial*. 14.ed. São Paulo: Nova Fronteira. p. 591.
37. NORONHA, D. P., 1996. *Pós-graduação em Saúde Pública: Análise de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado: 1990-1994*. São Paulo: USP. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
38. NUNES, E. D., 1996. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os curso de Pós-Graduação. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1(1): 55-69.
39. OLIVEIRA, C. L. C. & CARVALHO, G. I., 1994. Regulação da ciência e tecnologia em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da I Conferencia Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. p.265-311,ilus.
40. OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. 1986. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes. Cap.IV.
41. PAIM, J. S.,1989. Nascimento e paixão de uma política de saúde. *Saúde em Debate*. 27: 5-11, dez.

42. PAIM, J. S., 1992. Collective health and the challenges of practice. IN: PAHO. *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washigton. (Scientific Publication, 540) p. 136-150.
43. PAIM, J. S., 1994. Determinantes da situação de saúde no Brasil a partir da República. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, p.47-59.
44. PELLEGRINI FILHO, A., 2000. *Ciencia en pro de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS. (Publicación Científica y Técnica, 578)
45. POSSAS, C. A., 1987. Descentralização e democratização do sistema de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. s.l, Brasil. Ministério da Saúde. p. p.235-52. Apresentado em: Conferência Nacional de Saúde, 8, Brasília, 17-21 mar. 1986.
46. POSSAS, C. A., 1994. Prioridades sanitárias, ciência e tecnologia. In: BRASIL. Ministério da Saude. *Anais da I Conferencia Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, p. p.239-61. ilustr.
47. QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. V., 1994. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva. p. 1-86.
48. ROSZAK, T., 1988. *O culto da informação*. São Paulo: Brasiliense.
49. SANTOS, W. G., 1998. A Práxis Liberal e a Cidadania Regulada. IN: *Décadas de Espanto e uma Apologia Democrática*. (Santos, W. G. dos), p.p. 91-123, Rio de Janeiro: Rocco.
50. SCHRAMM, R. F., 1993. *A terceira margem da saúde: a ética natural: complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

51. SECRETARÍA NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA. 1996. Fundación para la Ciencia y la Tecnología. *Políticas de la Ciencia y la Tecnología y I Plan Nacional de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico de la República del Ecuador*. Quito: FUNDACYT; jul. 480 p.
52. SIDOU, J. M. O., 1994. *Dicionário jurídico: Academia Brasileira de Letras Jurídicas*. 3.ed. S.l. : Forense Universitária. p. 150.

ANEXO 1 - LISTA DE CURSOS PÓS-GRADUAÇÃO – CAPES

PERFIL DA PÓS-GRADUAÇÃO

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

	PROGRAMA	SIGLA IES	UF	NÍVEIS
1.	SAÚDE COLETIVA	UNESP/BOT	SP	M
2.	EPIDEMIOLOGIA	UFRGS	RS	M/D
3.	EPIDEMIOLOGIA	UFPEL	RS	M/D
4.	EPIDEMIOLOGIA	UNIFESP	SP	M
5.	MEDICINA (MEDICINA PREVENTIVA)	USP	SP	M/D
6.	SAÚDE COLETIVA	UFBA	BA	M/D/F
7.	SAÚDE COLETIVA	UEFS	BA	M
8.	SAÚDE COLETIVA	FUFMS	MS	M
9.	SAÚDE COLETIVA	UFPE	PE	M
10.	SAÚDE COLETIVA	UEL	PR	M
11.	SAÚDE COLETIVA	UFRJ	RJ	M
12.	SAÚDE COLETIVA	UERJ	RJ	M/D/F
13.	SAÚDE COLETIVA	UNICAMP	SP	M/D
14.	SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	FIOCRUZ	RJ	M/D
15.	SAÚDE E AMBIENTE	UFMA	MA	M
16.	SAÚDE E AMBIENTE	UFMT	MT	M
17.	SAÚDE NA COMUNIDADE	USP/RP	SP	M/D
18.	SAÚDE PÚBLICA	UFC	CE	M
19.	SAÚDE PÚBLICA	UFMG	MG	M
20.	SAÚDE PÚBLICA	NESC/CPqAM	PE	M
21.	SAÚDE PÚBLICA	FIOCRUZ	RJ	M/D
22.	SAÚDE PÚBLICA	UFSC	SC	M
23.	SAÚDE PÚBLICA	USP	SP	M/D

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (33004064078P9) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE EST.PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO/BOTUCATU - UNESP/BOT ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA - FMB/UNESP Bairro: RUBIÃO JUNIOR Cidade/UF: BOTUCATU/SP CEP: 18618970 Caixa Postal: 549 Telefone: (014) 8206200/6352 Ramal: Ramal: FAX: (014) 8223309 E-Mail: dspaula@fmb.unesp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: EPIDEMIOLOGIA (42001013074P2) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS ÁREA BÁSICA: EPIDEMIOLOGIA Logradouro: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 414 Bairro: Santana Cidade/UF: Porto Alegre/RS CEP: 90035003 Caixa Postal: Telefone: 051 330 1380 Ramal: 051 316 5306 Ramal: FAX: 051 330 1380 E-Mail: bbduncan@orion.ufrgs.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: EPIDEMIOLOGIA (42003016011P3) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS - UFPEL ÁREA BÁSICA: MEDICINA PREVENTIVA Logradouro: Av. Duque de Caxias, 250 Bairro: Fragata Cidade/UF: Pelotas/RS CEP: 96001970 Caixa Postal: 464 Telefone: (053)271-2442 Ramal: Ramal: FAX: (053)271-2645 E-Mail: lfachini@zaz.com.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: EPIDEMIOLOGIA (33009015039P8) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP ÁREA BÁSICA: EPIDEMIOLOGIA Logradouro: RUA PEDRO DE TOLEDO, 675. Bairro: VILA CLEMENTINO Cidade/UF: SÃO PAULO/SP CEP: 04039032 Caixa Postal: Telefone: 5571-6934 Ramal: Ramal: FAX: 5549-5159 E-Mail: myriam@medprev.epm.br.

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: MEDICINA (MEDICINA PREVENTIVA) (33002010066P0) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP ÁREA BÁSICA: MEDICINA PREVENTIVA Logradouro: AV. DR. ARNALDO, 455 - 2º ANDAR Bairro: CERQUEIRA CÉSAR Cidade/UF: SÃO PAULO/SP CEP: 01246903 Caixa Postal: Telefone: (011) 3066-7000 Ramal: 7444 (011) 852-6822 Ramal: FAX: (011) 280-7891 E-Mail: mailto:

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (28001010013P7) - NÍVEIS: M/D/F IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Rua Padre Feijó, nº 29 - 4º andar Bairro: Canela Cidade/UF: Salvador/BACEP: 40110170 Caixa Postal: Telefone: (071) 245-0544 Ramal: 237 (071) 245-0151 Ramal: 225 FAX: (071) 237-5856 E-Mail: isc@ufba.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (28002016001P1) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEMS ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: BR 116 Km 03 - Campus Universitário Bairro: Campus Universitário Cidade/UF: Feira de Santana/BACEP: 44031460 Caixa Postal: 262-294 Telefone: 224 8088/8095/8096 Ramal: Ramal: FAX: 75 224 8095/8096 E-Mail: mesauco@uemf.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (51001012002P7) - NÍVEIS: M IES: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL - FUFMS ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Av. Senador Filinto Muller nº 1480 Bairro: Ipiranga Cidade/UF: Campo Grande/MS CEP: 79074460 Caixa Postal: Telefone: (067)746-2933 Ramal: Ramal: FAX: (067)746-2933 E-Mail: mailto:

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (25001019051P4) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Av. Prof. Moraes Rego, s/n Bairro: Cidade Universitária Cidade/UF: Recife/PE CEP: 50670901 Caixa Postal: Telefone: 271 8552/2718553 Ramal: Ramal: FAX: 081 2718558/2718551 E-Mail: mailto:

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (40002012008P0) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Depto. Mat.-Inf. e Saúde Com./CCS - Av. Roberto Ko Bairro: Vila Operária Cidade/UF: Londrina/PR CEP: 86038440 Caixa Postal: Telefone: (0xx43) 371-2359 Ramal: Ramal: FAX: (0xx43) 337-5115 E-Mail: mailto:

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (31001017111P4) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Ed. do HUCEFº. - Ala Sul - 5º. Andar - Ilha do Fund Bairro: Cidade Universitária Cidade/UF: Rio de Janeiro/RJ CEP: 21941590 Caixa Postal: 68037 Telefone: 560 6810/ 270 0097 Ramal: 590 1609 Ramal: FAX: 590 1609/ 270 0097 E-Mail: mestrado@nesc.ufrj.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (31004016004P2) - NÍVEIS: M/D/F IES: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Rua São Francisco Xavier, 524 - 7 andar, bloco D/EBairro: MaracanãCidade/UF: Rio de Janeiro/RJCEP: 20550013 Caixa Postal: Telefone: 2848249, 5877303 Ramal: -- 5877422, 5877572 Ramal: FAX: 2641142 E-Mail: pgsc@ims.uerj.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE COLETIVA (33003017058P4) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP ÁREA BÁSICA: MEDICINA PREVENTIVA Logradouro: Dep. de Medicina Preventiva e Social /FCM/UnicampBairro: Barão GeraldoCidade/UF: Campinas/SPCEP: 13083970 Caixa Postal: 6111 Telefone: (0XX19)7888042/8036 Ramal: 7888037 Ramal: FAX: (0XX19)788-8035 E-Mail: leomi@unicamp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA (31010016005P5) - NÍVEIS: M/D IES: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ ÁREA BÁSICA: SAÚDE PÚBLICA Logradouro: AV. RUI BARBOSA, 716 -2º ANDARBairro: FLAMENGO Cidade/UF: RIO DE JANEIRO/RJCEP: 22250020 Caixa Postal: Telefone: 021-5530052 Ramal: 5252 Ramal: 5403 FAX: 021-5538094 E-Mail: romeu@iff.fiocruz.br.

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE E AMBIENTE (20001010006P5) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Praça Madre de Deus, 2Bairro: Madre de DeusCidade/UF: São Luis/MACEP: 65025560 Caixa Postal: Telefone: 98 2323837 Ramal: 98 2313644 Ramal: FAX: 98 2225135 232387 E-Mail: mailto:

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE E AMBIENTE (50001019004P7) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Av Fernando Correa da Costa s/nBairro: CoxipóCidade/UF: Cuiabá/MTCEP: 78060900 Caixa Postal: Telefone: 065-615-8884 Ramal: 8884 065-615-8881 Ramal: 8880 FAX: 065-615-8884/8880 E-Mail: ambiente@cpd.ufmt.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE NA COMUNIDADE (33002029011P7) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO - USP/RP ÁREA BÁSICA: MEDICINA PREVENTIVA Logradouro: Avenida Bandeirantes, 3900Bairro: Monte AlegreCidade/UF: Ribeirão Preto/SPCEP: 14049900 Caixa Postal: Telefone: (016) 6335839 Ramal: Ramal: FAX: (106) 633-1386 E-Mail: clmarino@fmrp.usp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (22001018025P5) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - 5º andarBairro: Rodolfo TeófiloCidade/UF: Fortaleza/CECEP: 60431140 Caixa Postal: Telefone: (085) 288.8045 Ramal: Ramal: FAX: (085) 288.8045 E-Mail: msp@ufc.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (32001010045P4) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG ÁREA BÁSICA: SAÚDE PÚBLICA Logradouro: FAC - MEDICINA/UFMG - AV PROF. ALFREDO BALENA, 190Bairro: SANTA EFIGENIA Cidade/UF: BELO HORIZONTE/MGCEP: 30130100 Caixa Postal: Telefone: 031 248.9641 Ramal: Ramal: FAX: 031 248.9939 E-Mail: proietti@medicina.ufmg.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (25007017001P5) - NÍVEIS: M IES: CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES / FIOCRUZ - NESC/CPqAMÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Rua dos Coelho,

450 - 1º. AndarBairro: CoelhosCidade/UF: Recife/PECEP: 50070550 Caixa Postal: Telefone: 231-5961 Ramal:
Ramal: FAX: (081) 231-6271 E-Mail: nesc@cpqam.fiocruz.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (31010016002P6) - NÍVEIS: M/D IES: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -
FIOCRUZ ÁREA BÁSICA: SAÚDE PÚBLICA Logradouro: Rua Leopoldo Bulhoes, 1480Bairro:

ManguinhosCidade/UF: Rio de Janeiro/RJCEP: 21041210 Caixa Postal: Telefone: 590-9110 Ramal: 560-6608

Ramal: 2052 FAX: 590-9110 E-Mail: ensino@ensp.fiocruz.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (41001010040P1) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA - UFSC ÁREA BÁSICA: SAÚDE COLETIVA Logradouro: Campus UniversitárioBairro:

TrindadeCidade/UF: Florianópolis/SCCEP: 88040970 Caixa Postal: Telefone: (048) 3319847 Ramal: (048) 3319046

Ramal: FAX: 048 331 9542 E-Mail: pgsp@ccs.ufsc.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA: SAÚDE PÚBLICA (33002010067P7) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -
USP ÁREA BÁSICA: SAÚDE PÚBLICA Logradouro: Av. Dr. Arnaldo, 715Bairro: Cerqueira CésarCidade/UF:

São Paulo/SPCEP: 01246904 Caixa Postal: Telefone: 3066 7790 Ramal: Ramal: FAX: 3064 7314 E-Mail:

relalhe@usp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: ENFERMAGEM

PROGRAMA: ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA (33002029027P0) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO - USP/RP ÁREA BÁSICA: ENFERMAGEM Logradouro: Av.

Bandeirantes, 3900Bairro: Monte AlegreCidade/UF: Ribeirão Preto/SPCEP: 14040902 Caixa Postal: - Telefone:

(016) 602-3391/3478 Ramal: - Ramal: FAX: 016 - 633-3271 E-Mail: cscochi@glete.eerp.usp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: ODONTOLOGIA

PROGRAMA: ODONTOLOGIA SOCIAL (23001011006P3) - NÍVEIS: M IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE - UFRN ÁREA BÁSICA: ODONTOLOGIA SOCIAL E PREVENTIVA Logradouro:

Av. Salgado Filho, 1787Bairro: Lagoa NovaCidade/UF: Natal/RNCEP: 59056000 Caixa Postal: Telefone: (084)

215.4133 Ramal: 4133 (084) 215.4136 Ramal: 4136 FAX: (084) 215.4101 E-Mail: mstodsoc@odonto.ufrn.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: MEDICINA

PROGRAMA: ONCOLOGIA (33002010154P7) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP

ÁREA BÁSICA: CANCEROLOGIA Logradouro: Av. Dr. Arnaldo, 455Bairro: PacaembuCidade/UF: São

Paulo/SPCEP: 01246903 Caixa Postal: Telefone: 0xx11- 3069-7063 Ramal: Ramal: FAX: 0xx11 - 3064-8015 E-

Mail: graduacao@hcnnet.usp.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA: MEDICINA

PROGRAMA: ONCOLOGIA (33073015001P5) - NÍVEIS: M/D IES: FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE -
HOSPITAL A. C. CAMARGO - FAP ÁREA BÁSICA: CANCEROLOGIA Logradouro: Rua Prof. Antonio

Prudente, 211Bairro: LiberdadeCidade/UF: São Paulo/SPCEP: 01509010 Caixa Postal: Telefone: 3272-5000 Ramal:

2031 Ramal: FAX: 011 3272-5113 E-Mail: posgrad@hcanc.org.br

GRANDE ÁREA: CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ÁREA: SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA: POLÍTICAS PÚBLICAS (20001010003P6) - NÍVEIS: M/D IES: UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO - UFMA ÁREA BÁSICA: SERVIÇO SOCIAL Logradouro: Av dos Portugueses s/n Campus do

BacangaBairro: BacangaCidade/UF: São Luís/MACEP: 65085580 Caixa Postal: Telefone: (98) 217 8455 Ramal:

217 8453 Ramal: FAX: 217 8454 E-Mail: polipub@ufma.br

ANEXO 2 - CENTROS COOPERANTES DA REDE BIREME

CENTROS COOPERANTES DA REDE BRASILEIRA DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (ATUALIZADA EM ABRIL/2001)

BR1.1

Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS

Responsável: Sr Abel Laerte Packer, Diretor

Rua Botucatu 862 - Vila Clementino

04034-970 Caixa Postal 20381

04023-901 São Paulo SP

DDD : (11)

Tel.: 5576-9800 / 5576-9843 (Scad) / 5576-9832 (Lilacs) / 5576-9852 (Secs) / 5576-9839 (Online)

Fax : 5571-1919 / 5575-8868

e-mail: bireme@bireme.br / secsdb@bireme.br / lilacsd@bireme.br / scad@bireme.br / online@bireme.br

IP ARIEL 200.6.42.60

BR1.2

Biblioteca Central

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Responsável: Maria Elisa Rangel Braga, Diretora

Rua Botucatu 862 - Vila Clementino

04023-901 São Paulo SP

DDD : (11)

Tel.: 5575-4562 r.25

Fax : 5575-8868

e-mail: bc@bireme.br

IP Ariel: 200.6.42.60

BR3.1

Biblioteca Central

Universidade Federal do Pará - UFPA

Responsável: Sra Maria das Graças da Silva Pena, Diretora

Campus Universitário do Guama - Setor Básico

66075-970 Belém PA

DDD : (91)

Tel.: 211-1140 / 211-1347 / 211-1362

Fax : 211-1785

e-mail: pena@ufpa.br / albirene@ufpa.br

IP Ariel: 200.17.51.188

BR6.1

Biblioteca de Ciências da Saúde

Universidade Federal do Ceará - UFCE

Responsável: Sra Norma de Carvalho Linhares, Diretora

Rua Alexandre Barauna 1019 - Porangabucu

60430-160 Fortaleza CE

DDD : (85)

Tel.: 288-8022 / 288-8023

Fax : 288-8021

e-mail: blmedi@ufc.br

BR8.1

Biblioteca Central

Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Responsável: Sra Babyne Neiva de Gouvêa Ribeiro, Diretora

Campus I - Cidade Universitária

58059-900 João Pessoa PB
DDD : (83)
Tel.: 216-7691
Fax : 216-7259
e-mail: sercom@npd.ufpb.br
IP ARIEL 150.165.241.14

BR9.1
Biblioteca de Medicina
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Responsável: Sra Raquel Cortizo Regueira, Bibliotecária
Avenida Prof Moraes Rego S/No - Cidade Universitária
50670-420 Recife PE
DDD : (81)
Tel.: 271-8505 / 285-8504
Fax : 271-8500
e-mail: bibccs@npd.ufpe.br

BR10.1
Biblioteca Central
Sistema de Biblioteca
Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Responsável: Sra Maria de Fátima Souza Santos, Diretora

BR 104 Km 14 - Campus A C Simoes - Cidade Universitaria - Tabuleiro dos Martins
57072-970 Macéio AL
DDD : (82)
Tel.: 214-1461 / 214-1468 / 214-1467 / 214-1460
Fax : 214-1480
e-mail: sid@sibi.ufal.br

BR11.1
Biblioteca Central
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Responsável: Sra Vera Lelia Abramo Pereira, Diretora
Avenida Barao de Geremoabo S/No - Campus Universitário de Ondina
40170-290 Salvador BA
DDD : (71)
Tel.: 245-8552 / 245-7977 R.37/ 247-6404
Fax : 245-8552 / 247-6404
e-mail: solange@ufba.br / bcdir@ufba.br

BR12.1
Biblioteca Setorial Biomédica
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Responsável: Sra Genaide Gozzi
Avenida Marechal Campos, 1468
29040-090 Vitoria ES
DDD : (27)
Tel.: 335-7202 / 335-7266
Fax : 335-7203
e-mail: BSBdir@npd.ufes.br

BR13.1
Núcleo de Documentação - NDC
Divisão de Serviços Informativos - DSI
Universidade Federal Fluminense - UFF
Responsável: Sra Cecília Maria Pereira do Nascimento, Diretora

R Visconde do Rio Branco S/Nº
Campos do Gragoatá Prédio da Biblioteca Central - Térreo
24251-970
Caixa Postal 107001 - Agência Sao Francisco 24240-006
Niterói RJ
DDD : (21)
Tel.: 704-2016
Fax : 714-8689 (temporário)
e-mail: cecilia@ndc.uff.br

BR13.3
Biblioteca de Nutrição e Odontologia
Núcleo de Documentação - NDC
Universidade Federal Fluminense - UFF
Responsável: Sra Ana Rosa dos Santos, Bibliotecária Chefe
Rua São Paulo 30 - 5º andar - Campus do Valonguinho - Centro
24230-006 Niterói RJ
DDD : (21)
Tel.: 719-9808
Fax : 719-9808
e-mail: bnoc@ndc.uff.br

BR14.1
Biblioteca Central
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Responsável: Sra Rosane da Silva Wendling Apparicio, Bibliotecária-Chefe
Caixa Postal 68032
21949-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 590-9522 r.320 - 321 - 324 / 270-1640
Fax : 270-0119 / 270-1640
e-mail: ccsbib@acd.ufrj.br / celmar@acd.ufrj.br

BR15.1
Biblioteca de Manguinhos
Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ
Responsável: Sra Eliana Coutinho, Diretora
Avenida Brasil 4365
Caixa Postal 926
21045-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 270-1846 (Direto) / 598-4311
Fax : 270-0914
e-mail: bibmang@dcc001.cict.fiocruz.br
IP ARIEL 157.86.8.74

BR16.1
Biblioteca de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Parana - UFPR
Responsável: Sra Rita Maria Perdoncini, Bibliotecária Chefe
Rua Padre Camargo 280 - 1o andar
80001-970 Caixa Postal 441
80060-240 Curitiba PR
DDD : (41)
Tel.: 262-4147 / 263-4961 / 264-2011 r.24 / 360-7200 r 7224
Fax : 263-4961
e-mail: bibcomut@sabin.saude.ufpr.br

BR17.1
Biblioteca Setorial
Centro de Ciências da Saúde
Hospital Universitário
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Responsável: Sra Maria Gorethe Monteguthi Savi, Bibliotecária Chefe
Campus Universitário Trindade - Caixa Postal 476
88010-970 Florianópolis SC
DDD : (48)
Tel.: 331-9088
Fax : 331-9088
e-mail: comutmed@hu.ufsc.br / gorete@bu.ufsc.br
IP ARIEL 150.162.160.18

BR18.1
Biblioteca Setorial
Hospital das Clínicas de Porto Alegre
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
Responsável: Sra Helen Rose F de Flores, Bibliotecária
Rua Ramiro Barcelos com Av. Jerônimo de Ornelas - 3º andar
90035-003 Porto Alegre RS
DDD : (51)
Tel.: 316-5596 (Comutação c/ Helen ou Alaíde) / 316-5598 (Secs c/ Romilda ou Liana) / 316-5597 (Lilacs c/ Júlia)
Fax : 316-5598
e-mail: hflores@hcpa.ufrgs.br / bibmed@vortex.ufrgs.br
IP ARIEL 143.54.97.32

BR19.1
Biblioteca Central
Fundação Universidade de Brasília - UnB
Responsável: Moema Malheiros Pontes, Diretora
Campus Universitario - Asa Norte
Caixa Postal 04501
70910-900 Brasília DF
DDD : (61)
Tel.: 307-2402
Fax : 273-7237
e-mail: comut@bce.unb.br
IP -164.41.201.138

BR21.1
Biblioteca J Baeta Vianna
Faculdade de Medicina
Escola de Enfermagem / Hospital das Clínicas
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Responsável: Sra Bernadete Sirangelo Dutra
Avenida Prof Alfredo Balena 190 - Santa Efigenia
30110-100 Caixa Postal 340
30110-100 Belo Horizonte MG
DDD : (31)
Tel.: 348-9736 / 248-9732 / 248-9733
Fax : 248-9734
e-mail: marilia@medicina.ufmg.br / bibadm@medicina.ufmg.br / comut@medicina.ufmg.br

BR22.1
Coordenadoria de Biblioteca Central - CBC
Pro-Reitoria de Ensino de Graduação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - FUFEMS

Responsável: Sra Orlinda Simal Isidora de Souza, Coordenadora
Campu Universitário Caixa Postal 649
79070-900 Campo Grande MS
DDD : (67)
Tel.: 787-3311 r.2052 - 2050
Fax : 787-3998
e-mail: bib@nin.ufms.br / lucia@nin.ufms.br

BR25.1
Biblioteca
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Responsável: Sra Marisabel Regina Rodrigues do Amaral, Diretora
Rua Alexandre Fleming 181
13081-970 Caixa Postal 6111
13081-970 Campinas SP
DDD : (19)
Tel.: 788-8551
Fax : 788-8925
e-mail: bibfcm@turing.unicamp.br / vida@turing.unicamp.br
IP ARIEL 143.106.46.135

BR26.1
Biblioteca Central
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Prefeitura do Campus Administrativo de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Paula de Oliveira Almeida Moraes, Diretora Técnica
Avenida Bandeirantes 3900 - Campus Universitário
14040-900 Caixa Postal 301
14040-900 Ribeirão Preto SP
DDD : (16)
Tel.: 602-3533 / 602-3574 / 602-3554
Fax : 633-5605
e-mail: pomoraes@usp.br / bcrp@bcrp.pcarp.usp.br
IP ARIEL: 143.107.192.209

BR28.1
Serviço de Biblioteca e Documentação - SBD
Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Eliane Falcão Tuler Xavier, Diretora Técnica
Alameda Dr Octavio Pinheiro Brisolla 9-75
17001-970 Caixa Postal 73
17043-101 Bauru SP
DDD : (14)
Tel.: 235-8372 / 235-8377 (comut) / 235-8375 / 235-8376 (diretoria)
Fax : 223-1575
e-mail: bibfob@fob.usp.br / sdb@fob.usp.br
IP ARIEL: 143.107.25.60

BR31.1
Serviço de Informação e Documentação Científica
Instituto de Infectologia Emílio Ribas
Secretaria do Estado da Saúde
Responsável: Sra Benir Uehara, Diretora Técnica de Serviço
Avenida Dr. Arnaldo 165, Cerqueira César
01246-000 - São Paulo SP
DDD : (11)

Tel.: 280-3709 / 851-5633 r. 195 , 184
Fax : 280-3954
e-mail: biblioteca@emilioribas.sp.gov.br

BR32.1

Serviço de Biblioteca e Informação Biomédica - SBIB
Instituto de Ciências Biomédicas
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Marily Antonelli Graeber, Diretora Técnica
Avenida Prof Lineu Prestes 1524 - 1o andar - Cidade Universitária
Caixa Postal 66208 - CEP: 05389-970
05508-900 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3818-7358 / 3818-7900
Fax : 3818-7425
e-mail: bibicb@org.usp.br / bibliicb@biomed.icb2.usp.br
IP ARIEL: 143.107.121.11

BR33.1

Divisão de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina, Veterinária e Zootecnia e Biociências
Universidade Estadual Paulista - Campus de Botucatu - UNESP
Responsável: Sra Aparecida Regina Denadai da Silva, Diretora Técnica
Distrito de Rubião Júnior S/No
18618-000 Caixa Postal 502
18618-000 Rubião Júnior SP
DDD : (14)
Tel.: 6802-6190 (Comut) / 820-6350 (Referência) / 820-6246 (Diretoria)
Fax : 6821-3276
e-mail: comutbiblio@btu.unesp.br
IP ARIEL: 200.145.136.212

BR40.1

Divisão de Biblioteca e Documentação do Conjunto de Químicas - DBD
Universidade de São Paulo
Responsável: Sra Élyde Maurício de Campos, Diretora Técnica
Avenida Prof Lineu Prestes 950 - Cidade Universitária
05599-970 Caixa Postal 26078
05508-900 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3818-3824 / 3818-3670 - 3818-3823 (Referencia)
Fax : 212-8194
e-mail: bibcq@quim.iq.usp.br
IP ARIEL: 143.107.36.128

BR41.1

Serviço de Biblioteca e Documentação - SBD
Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Alaide Moura de Oliveira, Diretora Técnica
Avenida Dr Eneas Carvalho de Aguiar 419 - Cerqueira Cesar
05403-000 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3066-7526 / 3066-7524 / 3066-7525
Fax : 3066-7524
e-mail: bibee@edu.usp.br
IP ARIEL: 143.107.172.65

BR44.1

Biblioteca
Instituto do Coração
Fundação E J Zerbini
Responsável: Sra Maria do Carmo Cavarette Barreto, Diretora
Avenida Dr Eneas de Carvalho Aguiar 44 - 2o andar
05403-000 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3082-2354
Fax : 3069-5481/ 3082-2354
e-mail: biblioteca@incor.usp.br / docmarioto@incor.usp.br

BR56.1
Centro de Documentação
Representação da OPAS/OMS
Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS
Organização Mundial da Saúde - OMS
Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Caixa Postal 08-729 - CEP.: 70312-970
70800-400 Brasília DF
DDD : (61)
Tel.: 312-6565 / 312-6548 (secretaria do CD)
Fax : 321-1922
e-mail: postmaster@bra.ops-oms.org

BR65.1
Biblioteca Dr Milton Soldani Afonso
Universidade de Santo Amaro - UNISA
Organização Santamarense de Educação e Cultura - OSEC
Responsável: Sra Silvia C Oliveira de Almeida, Coordenadora da Biblioteca
Rua Prof Eneas de Siqueira Neto 340 - Jardim das Imbuías
Caixa Postal 55201
04829-300 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 5545-8617 R.275 / 136 / 221
Fax : 520-9160
e-mail: lcosta@unisa.br

BR66.1
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Maria Julia de Andrade Lourenção Freddi, Diretora Técnica Substituta
Avenida Dr Arnaldo 455 - 2o andar
01246-903 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3066-7455 / 3066-7266
Fax : 853-0901
e-mail: julia@bibliotec.fm.usp.br / gildete@bibliotec.fm.usp.br
IP ARIEL 143.107.178.187

BR67.1
Biblioteca - Centro de Informação e Referência
Faculdade de Saúde Pública-FSD
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Profa Sra Maria Teresinha Dias de Andrade, Diretora
Avenida Dr Arnaldo 715
01246-904 São Paulo SP
DDD : (11)

Tel.: 3818-7670 / 3818-7680
Fax : 3818-7697
e-mail: acesso@fsp.usp.br / bibfsp@org.usp.br / adsaude@org.usp.br / adsaude@trex.uspnet.usp.br
IP ARIEL 143.107.155.162

BR68.1

Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Marfisia Pereira Souza Lancellotti, Diretora Técnica Interina
Avenida Professor Dr Orlando Marques de Paiva 87
05508-900 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 818-7670 (Diretoria) / 818-7680 (Comut)
Fax : 818-7697
e-mail: bibmvz@edu.usp.br
IP ARIEL 143.107.10.85

BR85.1

Serviço de Biblioteca e Documentação
Instituto de Psicologia
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Maria Imaculada Cardoso Sampaio, Diretora
Avenida Prof Mello Moraes 1721 - Cidade Universitária
Caixa Postal 66261 - CEP.: 05508-900
05508-900 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 818-4190 / 813-8627 / 818-4391
Fax : 818-4392
e-mail: bibip@edu.usp.br
IP ARIEL: 143.107.74.100

BR91.2

Centro Técnico de Documentação
Grupo Técnico de Informações de Saúde
Coordenadoria de Planejamento de Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Responsável: Sra Lilian Nunes Schiavon, Diretora Técnica de Divisão
Avenida Dr Arnaldo 351 - Térreo
01246-901 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3088-3297
Fax : 3088-9007
e-mail: ctd@saude.sp.gov

BR97.1

Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia
Universidade de São Paulo - USP
Responsável: Sra Telma de Carvalho, Diretora Técnica
Avenida Prof Lineu Prestes 2227 - Cidade Universitária - Butantã
01065-970 Caixa Postal 8216
05508-900 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 3818-7851 DIR / 3818-7836
Fax : 3818-7413
e-mail: bibfo@fo.usp.br / b-telma@siso.fo.usp.br / bibfo@siso.fo.usp.br / bibfo@org.usp.br / comut@fo.usp.br
IP ARIEL 143.107.23.200

BR186.1
Biblioteca
Faculdade de Odontologia de Aracatuba
Universidade Estadual Paulista - UNESP
Responsável: Sra Helena S S Otsuki, Diretor Técnico de Serviço
Rua José Bonifácio 1193
16015-050 Caixa Postal 533
16015-050 Aracatuba SP
DDD : (18)
Fax : 622-2638
e-mail: helena@foa.unesp.br

BR275.1
Biblioteca
Instituto Evandro Chagas
Fundação Nacional de Saúde - FNS
Ministério da Saúde
Responsável: Sra Vânia Barbosa da Cunha Araújo, Bibliotecária-chefe
Avenida Almirante Barroso 492 - Marco
Caixa Postal 1128
66090-000 Belém PA
DDD : (91)
Tel.: 211-4411
Fax : 226-1284
e-mail: biblioteca@iec.pa.gov.br / vania@iec.pa.gov.br

BR310.1
Biblioteca
Faculdade de Odontologia de PernambucoFOP
Universidade de Pernambuco - UPE
Responsável: Sra Tania Maria Deodato da Silva, Bibliotecária Chefe
Avenida General Newton Cavalcanti 1650 - Tabatinga
54753-220 Camarajibe PE
DDD : (81)
Tel.: 3458-2099
Fax : 3458-2099
e-mail: fop@elogica.com.br

BR337.1
Biblioteca
Faculdade de Odontologia
Núcleo Nacional de Informação em Ciências da Saúde Oral
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Responsável: Sra Valdete Andrade Pinto, Bibliotecária
Avenida Araujo Pinho 62 / 64 - 2o andar - Canela
40110-150 Salvador BA
DDD : (71)
Tel.: 336-5976 (Direto)
Fax : 336-5976
e-mail: valdete@sunrnp.ufba.br / valdete@ufba.br

BR342.1
Biblioteca
Escola de Enfermagem
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Responsável: Sra Adilza Bonfim Cerqueira, Bibliotecaria-Chefe
Campus Universitario do Canela S/No
40110-060 Salvador BA
DDD : (71)

Tel.: 245-8366 r.340 / 245-8224
Fax : 245-8224
email: bibenf@ufba.br

BR351.1
Biblioteca
Instituto de Saúde Coletiva - ISC
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Responsável: Sr Dario Crispim de Assis, Bibliotecário
Rua Padre Feijo 29 - 4o andar - Anexo II - Canela
40110-170 Salvador BA
DDD : (71)
Tel.: 245-0151 / 245-0544
Fax : 237-5856
e-mail: lis@ufba.br / bsisc@ufba.br / dcassis@ufba.br

BR365.1
Biblioteca
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Responsável: Sra Margareth Gomes da Silva, Bibliotecaria
Av. Antonio Carlos, 6.627 - 2.º andar, Sala 3401 - Pampulha
31270-901 Belo Horizonte MG
DDD : (31)
Tel.: 3499-2480 (chefia); 3499-2481 (periodicos) 3499-2481 (processamento tecnico 3499-2486 (comut) e-mail:
291-6550
Fax : 291-6550
e-mail: bib@mail.odonto.ufmg.br

BR394.1
Biblioteca Frei Eugênio - BFE
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro - FMTM
Responsável: Sra Beatriz Gabellini Alves, Diretora
Rua Frei Paulino 80 - Abadia
38025-180 Uberaba MG
DDD : (34)
Tel.: 318-5611 / 318-5689 / 318-5681
Fax : 3312-6640
e-mail: biblifmtm@mednet.com.br / beatriz.fmtm@mednet.com.br

BR396.3
Divisão de Atendimento ao Usuário Umuarama - DIVAU
Diretoria do Sistema de Bibliotecas - DIRBI
Universidade Federal de Uberlândia
Responsável: Sra Gerlaine Araujo Silva, Gerente
Avenida Amazonas - Bloco 4G - Campus Umuarama
38400-902 Caixa Postal 593
38405-380 Uberlândia MG
DDD : (34)
Tel.: 218-2434
Fax : 218-2443
e-mail: mariaFP@dirbi.ufu.br / gerlaines@dirbi.ufu.br
IP ARIEL: 200.131.190.123

BR408.1
Biblioteca
Faculdade de Medicina
Hospital Universitário Antonio Pedro (Prédio Anexo)
Universidade Federal Fluminense - UFF

Responsável: Sra Ana Angélica Carapiá Ferraz
Rua Marques do Paraná 303 - Centro
24030-210 Niterói RJ
DDD : (21)
Tel.: 710-6060 r.33
Fax : 710-6060 r.33
e-mail: ndcbfmc@vm.uff.br

BR408.3
Biblioteca Setorial
Faculdade de Farmácia
Universidade Federal Fluminense - UFF
Responsável: Sra Lucinea Pinto de Matos
Rua Mario Vianna 523 - Santa Rosa
24241-000 Niterói RJ
DDD : (21)
Tel.: 710-6060 r.34
Fax : 620-6654 r.203
e-mail: bff@ndc.uff.br

BR408.4
Biblioteca do Instituto Biomédico
Núcleo de Documentação
Universidade Federal Fluminense
Responsável: Sra Vanja Nadja Ribeiro Bastos, Chefe da Biblioteca
Rua Hernani Melo 101 - Centro
24210-130 Niterói RJ
DDD : (21)
Tel.: 620-5266
email: bib@ndc.uff.br

BR409.1
Biblioteca
Faculdade de Veterinária
Universidade Federal Fluminense - UFF
Responsável: Sra Fátima Carvalho Correa
Rua Vital Brasil Filho 64 - Santa Rosa
24230-340 Niteroi RJ
DDD : (21)
Tel.: 710-6060 r 26
e-mail: bfv@ndc.uff.br

BR413.1
Biblioteca
Faculdade de Medicina de Petrópolis - FMP
Fundação Octacílio Gualberto
Responsável: Sr Volmer de Almeida Geronimo, Bibliotecário
Rua Machado Fagundes 326 - Cascatinha
Caixa Postal 92116
25716-000 Petrópolis RJ
DDD : (24)
Tel.: 237-6399
Fax : 237-6399
e-mail: biblioteca@fmg.br

BR414.1
Centro de Informação Nuclear - CIN
Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN
Responsável: Sra Odete Concia de Azevedo Coutinho, Responsavel

Rua General Severiano 90 - Terreo - Botafogo
22294-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 546-2474 / 546-2467
Fax : 546-2447
e-mail: servir@cnen.gov.br / odete@cnen.gov.br / cin@cnen.gov.br / cinariel@cnen.gov.br
IP ARIEL 200.156.4.3

BR419.3
Rede SIRIUS de Bibliotecas da UERJ
Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ
Responsável: Sra Nysia Oliveira de Sá, Diretora
Rua São Francisco Xavier 524 - Bloco B - 1o andar - Sala 1019 - Pavilhão João Lyra
Filho
20559-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 587-7683 / 587-7161
Fax : 567-4541
e-mail: rsirius@uerj.br

BR430.1
Biblioteca
Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM
Responsável: Sra Regina Gonçalves Gandara, Bibliotecária
Avenida Brasil 4036 - Sala 1008
21040-361 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 260-6161
Fax : 260-6662
e-mail: abem@dcc001.cict.fiocruz.br

BR433.1
Biblioteca Biomédica C - CB/C
Instituto de Medicina Social
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Responsável: Sra Regina Helena Murcia Tinoco Amato, Bibliotecária
Rua São Francisco Xavier 524 - 7o andar / Bl E - Maracanã
20550-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 587-7657 (direto) / 587-7303 r. 231,230
Fax : 264-1142
e-mail: tinoco@uerj.br / cbc@uerj.br
IP ARIEL: 152.92.146.6

BR440.1
Biblioteca do Hospital do Câncer
Coordenação de Ensino e Divulgação Científica
Instituto Nacional de Câncer - INCA
Responsável: Sra Silvia Cristina Olivier Dalston, Bibliotecária
Praça Cruz Vermelha 23 - 8o andar - Centro
20230-050 Caixa Postal 22018
20230-130 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 506-6401
Fax : 506-6402
e-mail: biblioteca@inca.org.br / olivier@inca.org.br

BR442.1
Biblioteca Setorial de Pós-Graduação

Escola de Enfermagem Anna Nery
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Responsável: Sra Lucia Marina B de F Rodrigues, Bibliotecária Docum.
Rua Afonso Cavalcante 275 - Cidade Nova
20211-110 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 293-0528 r 115
Fax : 293-8999
e-mail: eeanbib@hotmail.com

BR501.1
Biblioteca Subsede de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Responsável: Sra Clarice Siqueira Gusso, Bibliotecaria Chefe
Avenida Prefeito Lothario Meissner 3400 - Jardim Botânico
80210-170 Curitiba PR
DDD : (41)
Tel.: 264-4581(Térreo) / 264-1141(Subsolo) / 362-3664 r.7148 - r.7147 -
r. 7149 (Térreo) - r.7145 - r.7142 (Subsolo)
Fax : 264-4581
e-mail: bibsub@bc.ufpr.br

BR512.1
Biblioteca Setorial
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Estadual de Londrina
Responsável: Sra Dirce Missae Suzuli Fernandes, Bibliotecária Chefe
Rua Robert Kock 60
86051-970 Caixa Postal 6001
86051-970 Londrina PR
DDD : (43)
Tel.: 371-2259 / 371-2357
Fax : 371-2259
e-mail: biblioteca@ccs.br / dirce@ccs.br / comut@ccs.br / bibpt@ccs.br / rogeri@ccs.br

BR513.1
Biblioteca Central - BCE
Fundação Universidade Estadual de Maringá - UEM
Responsável: Ana Maria Marquesine Alvarenga
Avenida Colombo 5790 - Campus Universitário
87020-900 Maringá PR
DDD : (44)
Tel.: 261-4243 (Direto) / 261-4040 (PABX)
Fax : 263-6613
e-mail: bce-sdi@uem.br

BR526.1
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho
Centro de Informação Científica e Tecnológica CICT
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Responsável: Sra Jussara da Silva Long, Bibliotecaria Chefe
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Térreo - Manguinhos
Caixa Postal 926 - CEP.: 20001-970
21041-210 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 560-6608 r.2001 - 2004 - 2169
Fax : 290-4925

e-mail: bibensp@fiocruz.br / long@fiocruz.br

IP ARIEL: 157.86.160.112

BR541.1

Biblioteca

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Responsável: Sra Norma Beatriz Loureiro Ataíde, Bibliotecária-Chefe

Rua Ramiro Barcelos 2492

90001-970 Caixa Postal 1118

90035-003 Porto Alegre RS

DDD : (51)

Tel.: 316-5186

Fax : 316-5439

e-mail: bibodo@vortex.ufrgs.br

BR546.1

Biblioteca

Escola de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Responsável: Sra Lucia Vauthier Machado Nunes, Bibliotecária-Chefe

Rua São Manoel 963 - Sala 101 - Campus da Saúde

90620-110 Porto Alegre RS

DDD : (51)

Tel.: 316-5070 / 316-5046

Fax : 316-5436

e-mail: lucia@enf.ufrgs.br

BR584.1

Biblioteca Central

Universidade Federal de Goiás - UFG

Responsável: Sra Claudia Oliveira de Moura Bueno, Diretora

Caixa Postal 411 - Campus Samambaia

74001-970 Goiânia GO

DDD : (62)

Tel.: 821-1150 / 821-1151

Fax : 205-1510

e-mail: claudia@bc.ufg.br

BR599.1

Coordenação de Biblioteca e Editoração

Ministério da Saúde - MS

Responsável: Fernanda Nahuz, Coordenadora da Biblioteca

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Terreo

70058-900 Brasília DF

DDD : (61)

Tel.: 354-2410 / 315-2280 / 315-2344 / 315-2347

Fax : 226-8286

e-mail: bibliot@saude.gov.br / fernanda.nahuz@saud.gov.br

BR674.1

Biblioteca do Instituto de Doenças do Tórax

Centro de Ciências da Saúde - CCS

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Responsável: Sra Patricia Rosas, Bibliotecária

Av Brigadeiro Trompowski, s/n 13º andar Prédio do HUCFF

Cidade Unirversitária

21950-900 Rio de Janeiro RJ

DDD : (21)

Tel.: 580-8336 / 580-8482 / 580-8532
Fax : 580-8532
e-mail: bibli@idt.ufrj.br

BR680.1
Centro de Documentação
Centro Pan-Americano de Febre Aftosa - PANAFTOSA
Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS
Organização Mundial da Saúde - OMS
Responsável: Sra Astrid Rocha Pimentel
Avenida Presidente Kennedy 7778 - Antiga Estrada Rio-Petropolis - São Bento
20001-970 Caixa Postal 589
25040-000 Duque de Caxias RJ
DDD : (21)
Tel.: 671-3128
Fax : 671-2387
e-mail: apimente@panaftosa.ops-oms.org / library@panaftosa.ops-oms.org

BR734.1
Biblioteca Central
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Responsável: Sra Maria Alice Rebello do Nascimento, Coordenadora do Sistema de Biblioteca
Cidade Universitária Prof Zeferino Vaz - Barão Geraldo
13081-970 Caixa Postal 6136
13081-970 Campinas SP
DDD : (19)
Tel.: 289-1503 / 289-1966 / 788-7001 / 788-7701
Fax : 289-5806
e-mail: rfullin@unicamp.br / bicombi@unicamp.br /
malice@unicamp.br / rblanco@unicamp.br / asteiner@unicamp.br
IP ARIEL: 143.106.103.61

BR905.1
Biblioteca
Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem - CEPEN
Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn
Responsável: Dra Vanda Elisa Andres Felli
SGAN - Quadra 603 - Conjunto B - Asa Norte
70830-030 Brasília DF
DDD : (61)
Tel.: 225-4473
e-mail: cepen@persocom.com.br

BR926.1
Biblioteca Artur de Almeida Rezende Filho
Associação Paulista de Homeopatia
Responsável: Sra Maria Helena Moris, Bibliotecária
Rua Estado de Israel, 639 - 1º Andar
04022-001 São Paulo SP
DDD : (11)
Tel.: 5571-0483 / 5579-0681
Fax : 5575-8817 r 208
e-mail: aph.biblio@aph.org.br

BR939.1
Biblioteca Karl A Boedecker
Escola de Administração de Empresas de São Paulo - EAESP
Fundação Getúlio Vargas - FGV

Responsável: Sra Heloisa Marie Donnard, Gerente
Avenida Nove de Julho 2029
01050-001 Caixa Postal 5534
01313-902 São Paulo SP
DDD: (11)
Tel.: 281-7733
Fax : 281-7843
e-mail: heloisae@eaesp.fgvsp.br

BR1141.1
Biblioteca Central - Odontologia
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ
Responsável: Sra Celeste Velasco Torquato
21944-970 Caixa Postal 68032
21949-900 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 270-0119 / 270-1640
Fax : 270-0119 / 270-1640
e-mail: ccsbib@acd.ufrj.br / celmar@acd.ufrj.br

BR1178.1
Centro de Referência
Unidade Clínica de Adolescentes
Hospital Universitário Pedro Ernesto
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ
Responsável: Sra Heloisa de Castro Correia, Bibliotecária
Boulevard 28 de Setembro 77 - 3º andar
20551-030 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 264-3498
Fax : 264-3805
e-mail: adolec@vmesa.uerj.br

BR1264.1
Biblioteca Setorial Prof Alberto M Campos
Departamento de Odontologia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Responsável: Sra Cecilia Isabel dos Santos
Avenida Senador Salgado Filho 1787 - Lagoa Nova
59056-000 Natal RN
DDD : (84)
Tel.: 251-3842
Fax : 215-4101
e-mail: cecilia@bczm.ufm.br

BR1273.1
Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Responsável: Sra Wanda Weltman, Bibliotecária-Chefe
Avenida Brasil 4036 - Sala 415 - Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 590-9122 r.187 - 188 - 224
Fax : 590-3690
e-mail: weltman@fiocruz.br

BR1310.1
Núcleo de Biblioteca

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - CRTDST/AIDS Responsável: Sra Sônia Regina Santos Conceição,
Diretora Técnica
Rua Santa Cruz 81 - 1º. Andar
04121-000 São Paulo SP
DDD: (11)
Tel.: 5579-9911
Fax : 5539-3445
e-mail: biblaids@ensino.net / sregina@crt.saude.sp.gov.br

BR1342.1
Biblioteca Setorial de Enfermagem
Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal Fluminense - UFF
Responsável: Sra Inaya Gomes de Andrade Martins, Bibliotecária
Rua Doutor Celestino 74 - Sala 10 - Centro
24020-091 Niterói RJ
DDD: (21)
Tel.: 719-4411 / 620-8080 r.246
Fax : 719-8273
e-mail: benf@ndc.uff.br

BR1365.1
Biblioteca Biomédica A - Medicina e Biologia Humana - CB/A
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Responsável: Sra Rosemarie Dias de Carvalho, Bibliotecária Chefe
Rua Professor Manoel de Abreu 48 - 2o Andar - Vila Isabel
20551-170 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 587-6146
Fax : 587-6146
e-mail: rosemarie@lampada.uerj.br / cba@uerj.br

BR1366.1
Serviço de Bibliotecas Biomédicas B - Odontologia e Enfermagem
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Responsável: Sra Sandra Regina Sahb Furtado
Avenida 28 de Setembro 157 - 5o Andar - Vila Isabel
20551-030 Rio de Janeiro RJ
DDD : (21)
Tel.: 587-6378
Fax : 569-6744
e-mail: cbb@uerj.br

BR1417.1
Centro de Referência do Envelhecimento
Superintendência de Assistência Serviço Social do Comércio - SESC-RS
Responsável: Sra Silvana Maria Groth, Chefe Promoção Assistencial
Avenida Alberto Bins 665 - 7º andar
90001-970 Caixa Postal 1294
90030-142 Porto Alegre RS
DDD : (51)
Tel.: 211-3000 / 220-0335 R.317
Fax : 211-3000
e-mail: sgroth@sesc-rs.com.br

BR1421.1
Centro de Referência e Documentação sobre o Envelhecimento
Universidade Aberta da Terceira Idade -UnATI
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Responsável: Profa Shirley Donizete Prado, Coordenadora
Rua São Francisco Xavier 524 10º Andar - Bloco F
20559-900 Rio de Janeiro RJ
DDD: (21)
Tel.: 587-7236 / 587-7121
Fax : 264-0120
e-mail: crde@uerj.br / pradosd@uerj.br
Centros Cooperantes da Rede Brasileira de
Informação em Ciências da Saúde
(atualizada em abril/2001)

ANEXO 3 - Lista hierárquica da categoria SP – Saúde Pública do DeCS - Descritores de Saúde (3º nível)

SAÚDE PÚBLICA – SP

SP1 - ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE - SP1

ORGANIZAÇÃO E POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS - SP1.007

- Fiscalização e Controle de Instalações - SP1.007.072
- Direitos Humanos - SP1.007.117
- Jurisprudência - SP1.007.135
- Legislação - SP1.007.139
- Políticas de Controle Social - SP1.007.211
- Controles Formais da Sociedade - SP1.007.274
- Controle da Tecnologia - SP1.007.306

VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SP1.015

SISTEMA DE SAÚDE - SP1.022

- Sistemas Locais De Saúde - SP1.022.403

GERÊNCIA - SP1.030

- Economia - SP1.030.058
- Administração Financeira - SP1.030.076
- Administração de Materiais - SP1.030.157
- Administração de Pessoal - SP1.030.202
- Administração Pública - SP1.030.234
- Administração em Saúde Pública - SP1.030.238

ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO - SP1.037

- Técnicas de Administração - SP1.037.009
- Adequação de Programas - SP1.037.013
- Relatórios Anuais - SP1.037.018
- Administração do Comportamento - SP1.037.027
- Comissões - SP1.037.031
- Constituição e Estatutos - SP1.037.040
- Satisfação dos Consumidores - SP1.037.049
- Tomada de Decisões (Administração) - SP1.037.054
- Definição da Elegibilidade - SP1.037.063
- Conselho Diretor - SP1.037.085
- Equipes de Administração Institucional - SP1.037.121
- Comissão de Ética - SP1.037.123
- Auditoria Administrativa - SP1.037.144
- Administração por Objetivos - SP1.037.148
- Sistemas de Informação Administrativa - SP1.037.153
- Análise Organizacional - SP1.037.175
- Cultura Organizacional - SP1.037.178
- Inovação Organizacional - SP1.037.180
- Objetivos Organizacionais - SP1.037.184
- Propriedade - SP1.037.193
- Relações Públicas - SP1.037.243
- Administração Científica - SP1.037.256
- Medidas de Segurança - SP1.037.261
- Estrutura dos Serviços - SP1.037.270
- Administração Estrutural - SP1.037.288
- Administração Sistêmica - SP1.037.297
- Teoria de Sistemas (Administração) - SP1.037.301

ORGANIZAÇÕES - SP1.045

- Academias e Institutos - SP1.045.004
- Congressos - SP1.045.036
- Associações de Consumidores - SP1.045.045
- Órgãos Governamentais - SP1.045.090
- Organizações de Planejamento em Saúde - SP1.045.103
- Agências Internacionais - SP1.045.130
- Organizações Não Governamentais - SP1.045.170
- Organizações Sem Fins Lucrativos - SP1.045.189
- Órgãos Regionais - SP1.045.252
- Grupos de Auto-Ajuda - SP1.045.265
- Sociedades - SP1.045.279

PLANEJAMENTO - SP1.052

Planejamento em Saúde - SP1.052.099
Planejamento Nacional - SP1.052.173
Técnicas de Planejamento - SP1.052.207
Formulação de Projetos - SP1.052.230
Planejamento Rural - SP1.052.265
Planejamento Socioeconômico - SP1.052.283

PRÁTICA PROFISSIONAL - SP1.060
Agendamento de Consultas - SP1.060.022
Ética - SP1.060.067
Livre Escolha do Médico - SP1.060.081
Prática de Grupo - SP1.060.094
Prática em Hospital - SP1.060.108
Consulta a Domicílio - SP1.060.112
Prática Institucional - SP1.060.126
Prática do Docente de Enfermagem - SP1.060.155
Administração de Consultório - SP1.060.162
Enfermagem no Consultório Privado - SP1.060.166
Visita a Consultório Médico - SP1.060.171
Prática Associada - SP1.060.198
Autonomia Profissional - SP1.060.205
Prática Privada - SP1.060.216
Corporações Profissionais - SP1.060.220
Área de Atuação Profissional - SP1.060.225
Comitê de Profissionais - SP1.060.229
Referência e Consulta - SP1.060.247
Supervisão - SP1.060.292
DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS - SP1.078

SP2- PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE - SP2

SAÚDE - SP2.002
Saúde do Adulto - SP2.002.057
Saúde do Idoso - SP2.002.088
Saúde Infantil (Saúde Pública) - SP2.002.119
Saúde Ambiental - SP2.002.150
Saúde Ocular - SP2.002.181
Saúde da Família - SP2.002.212
Nível de Saúde - SP2.002.243
Saúde Materno-Infantil - SP2.002.274
Saúde Mental - SP2.002.305
Saúde Ocupacional - SP2.002.326
Saúde Bucal - SP2.002.367
Saúde Rural - SP2.002.398
Saúde Escolar - SP2.002.429
Saúde Urbana - SP2.002.460
Saúde da Mulher - SP2.002.489
Saúde Mundial - SP2.002.491

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE - SP2.007
Pessoal Administrativo - SP2.007.004
Médicos Legistas - SP2.007.027

PESSOAL DE SAÚDE - SP2.009
Pessoal Técnico de Saúde - SP2.009.021
Cuidadores - SP2.009.025
Recursos Humanos em Odontologia - SP2.009.040
Odontólogos - SP2.009.045
Docente - SP2.009.058
Pessoal Profissional Estrangeiro - SP2.009.067
Profissionais Controladores de Infecções - SP2.009.081
Corpo Clínico - SP2.009.130
Enfermeiras - SP2.009.148
Recursos Humanos de Enfermagem - SP2.009.162
Recursos Humanos em Nutrição - SP2.009.166
Recursos Humanos em HoSPital - SP2.009.184
Farmacêuticos - SP2.009.193
Médicos - SP2.009.198
Pesquisa Sobre Recursos Humanos de Saúde - SP2.009.216
Pesquisadores - SP2.009.220
Integração Docente-Assistencial - SP2.009.238

OCUPAÇÕES EM SAÚDE - SP2.011
Ocupações Relacionadas com Saúde - SP2.011.017

RECURSOS EM SAÚDE - SP2.015
Instituições de Saúde - SP2.015.072
Manutenção - SP2.015.112

SERVIÇOS DE SAÚDE - SP2.022
Serviços de Saúde para Adolescentes - SP2.022.007
Cuidado da Criança - SP2.022.013
Serviços de Saúde Comunitária - SP2.022.018
Assistência Odontológica - SP2.022.031
Serviços de Saúde Bucal - SP2.022.036
Serviços de Dietética - SP2.022.049
Serviços Médicos de Emergência - SP2.022.054
Serviços de Saúde para Idosos - SP2.022.076
Mal-Uso de Serviços de Saúde - SP2.022.085
Serviços Autóctones de Saúde - SP2.022.099
Serviços de Saúde Mental - SP2.022.139
Cuidados de Enfermagem - SP2.022.153
Serviços de Enfermagem - SP2.022.157
Assistência ao Paciente - SP2.022.171
Assistência Individualizada de Saúde - SP2.022.180
Serviços Farmacêuticos - SP2.022.189
Reabilitação - SP2.022.211
Serviço Social - SP2.022.229
Serviços de Saúde para Estudantes - SP2.022.234
Serviços de Saúde para Mulheres - SP2.022.723

ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - SP2.030
Mal-Uso de Serviços de Saúde - SP2.030.081
Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde - SP2.030.090
Pesquisa Sobre Serviços de Saúde - SP2.030.094
Administração Hospitalar - SP2.030.103
Sistemas de Informação Administrativa - SP2.030.117
Comercialização de Serviços de Saúde - SP2.030.121
Sistemas de Medicação - SP2.030.135
Sistemas Multiinstitucionais - SP2.030.144
Sistemas de Identificação de Pacientes - SP2.030.175
Registros - SP2.030.207
Triagem - SP2.030.243

SERVIÇO DE LIMPEZA - SP2.037
Serviço Hospitalar de Limpeza - SP2.037.108

HIGIENE - SP2.039

PESSOAS SEM COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE - SP2.041

MISSÕES E MISSIONÁRIOS - SP2.045

ADMINISTRAÇÃO DOS CUIDADOS AO PACIENTE - SP2.052
Cuidados Integrals de Saúde - SP2.052.022
Qualidade dos Cuidados de Saúde - SP2.052.202

MEDICINA PREVENTIVA - SP2.054

SAÚDE PÚBLICA - SP2.055

ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA - SP2.056
Levantamentos de Saúde Bucal - SP2.056.305
Índice de Placa Dentária - SP2.056.336
Índice Cpo - SP2.056.398
Fluoretos Tópicos - SP2.056.460
Fluoracão - SP2.056.491
Odontologia Preventiva - SP2.056.522
Índice de Higiene Oral - SP2.056.646
Índice Periodontal - SP2.056.708

PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA - SP2.057
Controle de Doenças Transmissíveis - SP2.057.171
Precauções Universais - SP2.057.940

VETERINÁRIA DE SAÚDE PÚBLICA - SP2.058

ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA - SP2.059

PREVIDÊNCIA SOCIAL - SP2.060

Financiamento da Previdência Social - SP2.060.063

Sistemas Previdenciários - SP2.060.225

SP3 - DEMOGRAFIA - SP3

MEDIDAS, MÉTODOS, TEORIAS - SP3.007

Medições - SP3.007.031

Teoria de População - SP3.007.054

Taxas, Razões e Proporções - SP3.007.058

Métodos de Análise e Projeção da População - SP3.007.072

ORGANIZAÇÕES - SP3.015

Órgãos Governamentais - SP3.015.018

Agências Internacionais - SP3.015.022

Organizações Não Governamentais - SP3.015.043

Órgãos Regionais - SP3.015.063

POPULAÇÃO - SP3.022

Características da População - SP3.022.036

Análise Socioeconômica - SP3.022.066

CONTROLE DA POPULAÇÃO - SP3.030

Planejamento Familiar - SP3.030.013

Política Demográfica - SP3.030.049

DINÂMICA POPULACIONAL - SP3.037

Esperança de Vida - SP3.037.027

Crescimento Demográfico - SP3.037.045

Variações Sazonais - SP3.037.067

TAMANHO DA POPULAÇÃO (SAÚDE PÚBLICA) - SP3.045

ESTATÍSTICAS VITAIS - SP3.052

Coleta de Dados - SP3.052.004

Fontes de Dados - SP3.052.009

Estimativas de População - SP3.052.040

Vigilância da População - SP3.052.060

Sub-Registro - SP3.052.076

Registro de Estatísticas Vitais - SP3.052.081

SP4 - SAÚDE AMBIENTAL - SP4

ECOLOGIA - SP4.115

Adaptação Biológica - SP4.115.089

Ração Animal - SP4.115.092

Meio Ambiente - SP4.115.095

Atmosfera - SP4.115.098

Bioacumulação - SP4.115.101

Biocenologia - SP4.115.104

Biodegradação - SP4.115.107

Biologia - SP4.115.110

Biomassa - SP4.115.113

Biota - SP4.115.116

Biotecnologia - SP4.115.119

Cadeia Alimentar - SP4.115.122

Caça - SP4.115.125

Cinturão Ecológico - SP4.115.128

Clima - SP4.115.131

Comunidades Biológicas - SP4.115.134

Desequilíbrio Ecológico - SP4.115.137

Ecologia de Vetores - SP4.115.140

Ecologia Humana - SP4.115.143

Ecossistema - SP4.115.146

ESPécies em Extinção - SP4.115.149

Fatores Abióticos - SP4.115.152

Fatores Bióticos - SP4.115.155

Hábitat - SP4.115.158

Processos Biológicos - SP4.115.161

Reações Biológicas - SP4.115.164

Recursos Naturais (Saúde Ambiental) - SP4.115.167

Recursos Renováveis - SP4.115.170

Reservas Naturais - SP4.115.173

ENGENHARIA AMBIENTAL - SP4.173
Administração Ambiental - SP4.173.176
Qualidade Ambiental - SP4.173.179
Qualidade de Vida - SP4.173.182
Poluição Ambiental - SP4.173.185
Educação Ambiental - SP4.173.188
Economia Ambiental - SP4.173.191
Exploração de Recursos Naturais - SP4.173.194

RISCOS AMBIENTAIS - SP4.231
Exposição Ambiental - SP4.231.197
Impacto Ambiental - SP4.231.200
Impactos na Saúde - SP4.231.203
Indicadores de Contaminação - SP4.231.206
Indústrias - SP4.231.209
Pesquisa - SP4.231.212
Legislação Ambiental - SP4.231.215
Planejamento Ambiental - SP4.231.218
Modelos Ambientais - SP4.231.221
Monitoramento Ambiental - SP4.231.224
Parques Nacionais - SP4.231.227
Planejamento Físico - SP4.231.230
Planejamento Nacional - SP4.231.233
Planejamento Socioeconômico - SP4.231.236
Política Ambiental - SP4.231.239
Privatização - SP4.231.242
Proteção Ambiental - SP4.231.245
Redes de Monitoramento - SP4.231.248
Regionalização - SP4.231.251
Reservas Naturais - SP4.231.254
Saúde Ambiental - SP4.231.260
Tecnologia - SP4.231.263

TOXICOLOGIA - SP4.289
Acidentes Químicos - SP4.289.266
Bioacumulação - SP4.289.269
Biodegradação - SP4.289.272
Contaminação Química - SP4.289.275
Poluentes Químicos - SP4.289.278
Dose Letal Mediana - SP4.289.281
Exposição a Produtos Químicos - SP4.289.284
Exposição a Radiação - SP4.289.287
Exposição a Praguicidas - SP4.289.290
Intoxicação Alimentar - SP4.289.293
Concentração Máxima Permitida - SP4.289.296
Minimização de Resíduos Perigosos - SP4.289.299
Resíduos Perigosos - SP4.289.302
Substâncias Nocivas - SP4.289.305
Substâncias Perigosas - SP4.289.308
Toxicologia Industrial - SP4.289.311

ENGENHARIA SANITÁRIA - SP4.347
Administração Municipal - SP4.347.314
Administração Sanitária - SP4.347.317
Associações Profissionais - SP4.347.320
Código Sanitário - SP4.347.323
Década Internacional da Água e Saneamento - SP4.347.326
Desenvolvimento Institucional - SP4.347.329
Educação em Engenharia Sanitária - SP4.347.332
Levantamentos Sanitários - SP4.347.335
Estatísticas Sanitárias - SP4.347.338
Perfis Sanitários - SP4.347.341
Planejamento Sanitário - SP4.347.344
Tecnologia - SP4.347.347

SANEAMENTO - SP4.405
Controle de Pragas - SP4.405.350
Empresas de Saneamento - SP4.405.353
Política de Saneamento - SP4.405.356
Saneamento Básico - SP4.405.359
Saneamento de Aeronaves - SP4.405.362
Saneamento de Escolas - SP4.405.365

- Saneamento de HoSPitais - SP4.405.368
- Saneamento de Hotéis - SP4.405.371
- Saneamento de Matadouros - SP4.405.374
- Saneamento de Mercados - SP4.405.377
- Saneamento de Navios - SP4.405.380
- Saneamento de Piscinas - SP4.405.383
- Saneamento de Praias - SP4.405.386
- Saneamento de Portos - SP4.405.389
- Saneamento de Residências - SP4.405.392
- Saneamento em Desastres - SP4.405.395
- Saneamento na Indústria - SP4.405.398
- Indústrias - SP4.405.401
- Saneamento Rural - SP4.405.404
- Saneamento Urbano - SP4.405.407

ÁGUA - SP4.463

- Água Acidulada - SP4.463.410
- Água Artesiana - SP4.463.413
- Água Corrosiva - SP4.463.416
- Água Costeira - SP4.463.419
- Água Bruta - SP4.463.422
- Água de Degelo - SP4.463.425
- Água de Resfriamento - SP4.463.428
- Água de Chuva - SP4.463.431
- Água do Mar - SP4.463.434
- Água Desionizada - SP4.463.437
- Água Destilada - SP4.463.440
- Água Doce - SP4.463.443
- Água Estagnada - SP4.463.446
- Água Esterilizada - SP4.463.449
- Água Industrial - SP4.463.452
- Água Pesada (Saúde Ambiental) - SP4.463.455
- Água Pura - SP4.463.458
- Água Para Recreação - SP4.463.461
- Águas Continentais - SP4.463.464
- Águas Internacionais - SP4.463.467
- Águas Limfótrofes - SP4.463.470
- Águas Minerais - SP4.463.473
- Águas Salinas - SP4.463.476
- Águas Subterrâneas - SP4.463.479
- Águas de Superfície - SP4.463.482
- Águas Termais - SP4.463.485
- Biologia Aquática - SP4.463.488
- Qualidade da Água - SP4.463.491
- Características da Água - SP4.463.494
- Conservação da Água - SP4.463.497
- Poluição da Água - SP4.463.500
- Hidráulica - SP4.463.503
- Hidrogeologia - SP4.463.506
- Hidrografia - SP4.463.509
- Hidrologia - SP4.463.512
- Hidrometeorologia - SP4.463.515
- Limnologia - SP4.463.518
- Mecânica de Fluidos - SP4.463.521
- Microbiologia da Água - SP4.463.524
- Oceanografia - SP4.463.527
- Política Hídrica - SP4.463.530
- Química da Água - SP4.463.533
- Recursos Hídricos - SP4.463.536
- Usos da Água - SP4.463.539

ABASTECIMENTO DE ÁGUA - SP4.521

- Abastecimento Rural de Água - SP4.521.542
- ESPECIFICAÇÕES para Construção - SP4.521.545
- ESPECIFICAÇÕES Sanitárias - SP4.521.548
- ESPECIFICAÇÕES Técnicas - SP4.521.551
- Armazenamento de Água - SP4.521.554
- Captação de Água - SP4.521.557
- Consumo de Água (Saúde Ambiental) - SP4.521.560
- Desperdício de Água - SP4.521.563
- Distribuição da Água - SP4.521.566
- Tratamento da Água - SP4.521.569

ÁGUAS RESIDUÁRIAS - SP4.579

- Características de Águas Residuárias - SP4.579.572
- Redes de Esgoto - SP4.579.575
- Disposição de Águas Residuárias - SP4.579.578
- Disposição de Excretas - SP4.579.581
- Empresas de Saneamento Básico - SP4.579.584
- Estações de Recalque - SP4.579.587
- Hidráulica de Redes de Esgoto - SP4.579.590
- Injeção de Ar em Rede de Esgoto - SP4.579.593
- Operação e Manutenção - SP4.579.596
- Tubulações - SP4.579.599
- Uso de Águas Residuárias - SP4.579.602
- Tratamento de Águas Residuárias - SP4.579.605

RESÍDUOS SÓLIDOS - SP4.637

- Acondicionamento de Resíduos Sólidos - SP4.637.608
- Armazenamento de Resíduos Sólidos - SP4.637.611
- Características de Resíduos Sólidos - SP4.637.614
- Disposição de Resíduos Sólidos - SP4.637.617
- Empresas de Limpeza Urbana - SP4.637.620
- Equipamento de Limpeza Urbana - SP4.637.623
- Limpeza Urbana - SP4.637.626
- Processamento de Resíduos Sólidos - SP4.637.629
- Reciclagem (Saúde Ambiental) - SP4.637.632
- Recipientes para Lixo - SP4.637.635
- Coleta de Resíduos Sólidos - SP4.637.638
- Resíduos Perigosos - SP4.637.641
- Transporte de Resíduos Sólidos - SP4.637.644
- Recipientes para Lixo - SP4.637.647
- Uso de Resíduos Sólidos - SP4.637.650
- Volume de Resíduos Sólidos - SP4.637.653

SOLO - SP4.695

- Acidentes Geográficos - SP4.695.656
- Biologia do Solo - SP4.695.659
- Características do Solo - SP4.695.662
- Qualidade do Solo - SP4.695.665
- Cartografia - SP4.695.668
- Poluição do Solo - SP4.695.671
- Poluentes do Solo - SP4.695.674
- Geologia - SP4.695.677
- Química do Solo - SP4.695.680
- Mecânica do Solo - SP4.695.683
- Topografia - SP4.695.686
- Tratamento do Solo - SP4.695.689
- Usos do Solo - SP4.695.692

AR - SP4.753

- Análise do Ar - SP4.753.695
- Autodepuração do Ar - SP4.753.698
- Qualidade do Ar - SP4.753.701
- Características do Ar - SP4.753.704
- Poluição do Ar - SP4.753.707
- Poluentes do Ar - SP4.753.710
- Controle da Qualidade do Ar - SP4.753.713
- Equipamento - SP4.753.716
- Química do Ar - SP4.753.719
- Transporte de Contaminantes - SP4.753.722

INSPEÇÃO DE ALIMENTOS - SP4.869

- Aditivos Alimentares - SP4.869.815
- Análise de Alimentos - SP4.869.818
- Qualidade dos Alimentos - SP4.869.821
- Tinturas - SP4.869.824
- Conservação de Alimentos - SP4.869.827
- Contaminação de Alimentos - SP4.869.830
- Contaminação Radioativa de Alimentos - SP4.869.833
- Intoxicação Alimentar - SP4.869.836
- Irradiação de Alimentos - SP4.869.839
- Amostras de Alimentos - SP4.869.842
- Normas de Qualidade de Alimentos - SP4.869.845
- Nutrição - SP4.869.848
- Química de Alimentos - SP4.869.851

SAÚDE OCUPACIONAL - SP4.927
Ar Condicionado - SP4.927.854
Ambiente de Trabalho - SP4.927.857
Absentismo - SP4.927.860
Calefação - SP4.927.863
Condições de Trabalho - SP4.927.866
Poluentes Ocupacionais do Ar - SP4.927.869
Desodorização - SP4.927.872
Ergonomia (Saúde Ambiental) - SP4.927.875
Jornada de Trabalho - SP4.927.878
Medicina Ocupacional - SP4.927.881
Segurança - SP4.927.884
Trabalho Noturno - SP4.927.887
Trabalho em Turnos - SP4.927.890

SP5 - EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA - SP5

EPIDEMIOLOGIA - SP5.007
Causalidade - SP5.007.051
Métodos Epidemiológicos - SP5.007.074
Usos da Epidemiologia - SP5.007.097

ESTATÍSTICA - SP5.018
Bioestatística (Saúde Pública) - SP5.018.120
Distribuições Estatísticas - SP5.018.143
Interpretação Estatística de Dados - SP5.018.166
Análise Estatística - SP5.018.189

SP6 - NUTRIÇÃO - SP6

DIETA - SP6.007
Dieta Macrobiótica - SP6.007.018
Dietoterapia - SP6.007.031
Serviços de Dietética - SP6.007.036
Dietética - SP6.007.040

FOME EPIDÊMICA - SP6.015

ALIMENTAÇÃO - SP6.018

ALIMENTOS - SP6.022
Cadeia Alimentar - SP6.022.032
Privação de Alimentos - SP6.022.049
Alimentos Formulados - SP6.022.051
Alimentos Fortificados - SP6.022.052
Manipulação de Alimentos - SP6.022.054
Qualidade dos Alimentos - SP6.022.063
Abastecimento de Alimentos - SP6.022.067
Tecnologia de Alimentos - SP6.022.072
Alimentos Infantis - SP6.022.090
Legislação Sobre Alimentos - SP6.022.108

TRANSTORNOS NUTRICIONAIS - SP6.030
Doenças Deficitárias - SP6.030.022
Desidratação - SP6.030.027
Obesidade - SP6.030.135

PROGRAMAS E POLÍTICAS DE NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO - SP6.037
Alimentação de Emergência - SP6.037.045
Política de Alimentos (Saúde Pública) - SP6.037.058
Serviços de Alimentação - SP6.037.063
Educação Nutricional - SP6.037.121
Programas de Nutrição - SP6.037.126
Vigilância Nutricional - SP6.037.130
Suplementação Alimentar - SP6.037.148
Alimentação Terapêutica - SP6.037.153

NECESSIDADES NUTRICIONAIS - SP6.045
Ingestão de Energia - SP6.045.004
Carboidratos - SP6.045.009
Compostos Inorgânicos - SP6.045.099
Lipídios - SP6.045.112
Proteínas - SP6.045.139
Vitaminas - SP6.045.157

ESTADO NUTRICIONAL - SP6.052
Desenvolvimento Infantil - SP6.052.013

ORGANIZAÇÕES - SP6.060
Órgãos Governamentais - SP6.060.085
Agências Internacionais - SP6.060.103
Órgãos Regionais - SP6.060.144

NUTRIÇÃO DE GRUPOS DE RISCO - SP6.067
Nutrição da Criança - SP6.067.018
Nutrição Infantil - SP6.067.094
Nutrição da Mãe - SP6.067.117

SP7 - REFORMA DO SETOR SAÚDE - SP7

EQÜIDADE - SP7.007
Eqüidade no Estado de Saúde - SP7.007.011
Eqüidade em Cobertura - SP7.007.022
Eqüidade no Acesso - SP7.007.033
Eqüidade na Distribuição e Uso dos Recursos - SP7.007.044
Eqüidade Financeira - SP7.007.055
Justiça Social - SP7.007.066

QUALIDADE - SP7.014
Qualidade Técnica - SP7.014.077
Qualidade Percebida - SP7.014.088
Qualidade dos Cuidados de Saúde - SP7.014.099
Acreditação - SP7.014.110

EFICIÊNCIA - SP7.021
Dotação de Recursos para Cuidados de Saúde - SP7.021.121
Realocação de Recursos - SP7.021.132
Gestão de Recursos – SP7.021.143
Reforma do Estado – SP7.021.154

SP8 - DESASTRES - SP8

RISCO - SP8.473
Medição de Risco - SP8.473.327
Ameaça - SP8.473.654
Vulnerabilidade - SP8.473.981

ADMINISTRAÇÃO DE DESASTRES - SP8.946
Estado de Alerta em Emergências - SP8.946.117
Educação em Desastres - SP8.946.234
Impacto de Calamidades - SP8.946.351
Legislação Sobre Desastres - SP8.946.468
Organizações - SP8.946.585
Planejamento em Desastres - SP8.946.702
Mitigação - SP8.946.819
Recursos Humanos em Desastres - SP8.946.936

ANEXO 4 - Lista hierárquica das categorias principais do Decs - Descritores de Saúde (1º nível)

ANATOMIA [A]
ORGANISMOS [B]
DOENCAS [C]
COMPOSTOS QUIMICOS E DROGAS [D]
TECNICAS E EQUIPAMENTOS [E]
PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA [F]
CIENCIAS BIOLOGICAS [G]
CIENCIAS FISICAS [H]
HOMEOPATIA [HP]
ANTROPOLOGIA, EDUCACAO, SOCIOLOGIA E FENOMENOS SOCIAIS [I]
TECNOLOGIA E ALIMENTOS E BEBIDAS [J]
HUMANIDADES [K]
CIENCIA DA INFORMACAO [L]
PESSOAS [M]
ASSISTENCIA A SAUDE [N]
SAUDE PUBLICA [SP]
LOCALIZACOES GEOGRAFICAS [Z]

A - ANATOMIA [A]

regiões do corpo [a01]
sistema musculoesquelético [a02]
sistema digestório [a03]
sistema respiratório [a04]
sistema urogenital [a05]
sistema endócrino [a06]
sistema cardiovascular [a07]
sistema nervoso [a08]
órgãos dos sentidos [a09]
tecidos [a10]
células [a11]
líquidos e secreções [a12]
estruturas animais [a13]
sistema estomatognático [a14]
sistemas sanguíneo e imune [a15]
estruturas embrionárias [a16]

B - ORGANISMOS [B]

invertebrados [b01]
vertebrados [b02]
bactérias [b03]
vírus [b04]
algas e fungos [b05]
plantas [b06]
archaea [b07]

DOENCAS [C]

infecções bacterianas e micoses [c01]
víroses [c02]
doenças parasitárias [c03]
neoplasias [c04]
doenças musculoesqueléticas [c05]
doenças do sistema digestório [c06]

doenças estomatognáticas [c07]
doenças respiratórias [c08]
otorrinolaringopatias [c09]
doenças do sistema nervoso [c10]
oftalmopatias [c11]
doenças urológicas e dos genitais masculinos [c12]
doenças dos genitais femininos e complicações na gravidez [c13]
doenças cardiovasculares [c14]
doenças sanguíneas e linfáticas [c15]
doenças neonatais e anormalidades [c16]
doenças da pele e do tecido conjuntivo [c17]
doenças nutricionais e metabólicas [c18]
endocrinopatias [c19]
doenças imunológicas [c20]
transtornos de origem ambiental [c21]
doenças dos animais [c22]
condições patológicas, sinais e sintomas [c23]

COMPOSTOS QUÍMICOS E DROGAS [D]

compostos inorgânicos [d01]
compostos orgânicos [d02]
compostos heterocíclicos [d03]
hidrocarbonetos policíclicos [d04]
poluentes ambientais, substâncias nocivas e praguicidas [d05]
hormônios, substitutos de hormônios e antagonistas de hormônios [d06]
agentes para controle da reprodução [d07]
enzimas, coenzimas e inibidores de enzimas [d08]
carboidratos e agentes hipoglicêmicos [d09]
lipídios e agentes antilipêmicos [d10]
substância de crescimento, pigmentos e vitaminas [d11]
aminoácidos, peptídios e proteínas [d12]
ácidos nucleicos, nucleotídios e nucleosídeos [d13]
neurotransmissores e agentes atuantes na neurotransmissão [d14]
agentes do sistema nervoso central [d15]
agentes do sistema nervoso periférico [d16]
agentes antiinflamatórios, agentes anti-reumáticos e mediadores da inflamação [d17]
agentes do sistema cardiovascular [d18]
agentes hematológicos, gastrointestinais e renais [d19]
antiinfeciosos [d20]
agentes antialérgicos e do sistema respiratório [d21]
agentes antineoplásicos e imunossupressores [d22]
agentes dermatológicos [d23]
fatores imunológicos e biológicos [d24]
materiais biomédico e odontológico [d25]
substâncias e produtos especializados [d26]
ações químicas e utilizações [d27]

TECNICAS E EQUIPAMENTOS [E]

diagnóstico [e01]
terapêutica [e02]
anestesia e analgesia [e03]
procedimentos cirúrgicos operatórios [e04]
técnicas investigativas [e05]
odontologia [e06]
equipamentos e provisões [e07]

PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA [F]

comportamento e mecanismos comportamentais [f01]
fenômenos e processos psicológicos [f02]
transtornos mentais [f03]
disciplinas e atividades comportamentais [f04]

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS [G]

ciências biológicas [g01]
ocupações em saúde [g02]
meio ambiente e saúde pública [g03]
fenômenos biológicos, fenômenos celulares e imunidade [g04]
genética [g05]
fenômenos bioquímicos, metabolismo e nutrição [g06]
processos fisiológicos [g07]

fisiologia reprodutiva e urinária [g08]
fisiologia respiratória e circulatória [g09]
fisiologia digestória, oral e da pele [g10]
fisiologia musculoesquelética, neural e ocular [g11]
fenômenos químicos e farmacológicos [g12]

CIENCIAS FISICAS [H]

ciências físicas [h01]

HOMEOPATIA [HP]

homeopatia [hp1]
clínica homeopática [hp2]
terapêutica homeopática [hp3]
matéria médica (homeopatia) [hp4]
repertório [hp5]
semiologia homeopática [hp6]
farmácia homeopática [hp7]

ANTROPOLOGIA, EDUCACAO, SOCIOLOGIA E FENOMENOS SOCIAIS [I]

ciências sociais [i01]
educação [i02]
atividades humanas [i03]

TECNOLOGIA E ALIMENTOS E BEBIDAS [J]

tecnologia, indústria e agricultura [j01]
alimentos e bebidas [j02]

HUMANIDADES [K]

humanidades [k01]

CIENCIA DA INFORMACAO [L]

ciência da informação [l01]

PESSOAS [M]

pessoas [m01]

ASSISTENCIA A SAUDE [N]

características da população [n01]
instituições de saúde, recursos humanos e serviços [n02]
economia e organizações de saúde [n03]
administração de serviços de saúde [n04]
qualidade da assistência à saúde, acesso e avaliação [n05]

SAÚDE PÚBLICA [SP]

LOCALIZACOES GEOGRAFICAS [Z]

localizações geográficas [z01]